

INFLUENCE

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

SUR LES GROSSESSES ULTÉRIEURES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 juillet 1896, à 5 heures

PAR

Fernand LUCIEN

Né à Faux-Fresnay (Marne)

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE FACULTÉ (Prix de l'Internat dit Prix Béné 1894-1895)

Examineurs : { MM. HERRGOTT, président.
HEYDENREICH, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ÉTIENNE, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0040

INFLUENCE

DE

L'HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

SUR LES GROSSESSES ULTÉRIEURES

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le vendredi 31 juillet 1896, à 5 heures

PAR

Fernand LUCIEN

Né à Faux-Fresnay (Marne)

INTERNE DES HOPITAUX

LAURÉAT DE FACULTÉ (Prix de l'Internat dit Prix Bénéit 1894-1895)

Examineurs : { MM. HERRGOTT, président.
HEYDENREICH, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
ÉTIENNE, agrégé.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

NANCY

IMPRIMERIE NANCÉIENNE, 15, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyen honoraire : M. TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM TOURDES O , COZE ,
HERRGOTT , HEJHT , BEAUNIS .

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM,  , professeur
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS,  , professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I  .
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I  .
Pathologie externe.....	M. WEISS, I  .
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I  .
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, I  .
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I  .
Hygiène.....	M. MACÉ, I  .
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT, I  .
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I  .
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I  .
Physiologie.....	M. MEYER, A  .
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I  .
Histologie.....	M. PRENANT, A  .
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A  .

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I  , ag. lib., ch. du cours.
Clinique des maladies des vieillards....	M. P. PARISOT, A  , ag. l., ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A  , ag., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A  , ag., ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, ag., chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N...

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, A  .	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A  .	GUILLOZ.	LAMBERT.
FÉVRIER, A  .	FROELICH.	
ÉTIENNE.	SCHUHL.	

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN , I , ROHMER, I , VAUTRIN, A ,
REMY, A , P PARISOT, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, , A , Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES

A MON PARRAIN

M. DE MAUPASSANT

A CEUX QUE J'AIME ET QUI M'AIMENT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas d'étudier l'hystéropexie abdominale antérieure. Des travaux complets et récents ont grandement contribué à éclairer cette route explorée depuis plusieurs années déjà.

Notre tâche sera plus humble ; nous nous sommes simplement efforcé de faire connaître les résultats de la ventrofixation au point de vue des grossesses ultérieures.

Il nous a semblé que dans cette question encore neuve, il y avait intérêt à recueillir toutes les observations connues. Nous en rapportons soixante-sept ; les unes publiées in-extenso, les autres résumées le plus exactement possible.

Nous n'ignorons pas que, dans deux thèses, très étudiées et conçues dans un esprit différent, Lamort, de Bordeaux, et Léon, de Lyon, se sont déjà occupés de ce sujet. Mais nous avons pensé que ce n'était pas faire une œuvre inutile que d'apporter quelques nouveaux éclaircissements à la solution de ce problème en complétant les travaux de nos prédécesseurs par des faits connus depuis peu ; et que, si modeste que soit notre jalon, il valait encore la peine d'être planté.

Voici le plan général que nous avons suivi.

Dans un premier chapitre, nous donnerons un aperçu général sur l'historique de cette question.

Dans un second chapitre nous nous demandons si la conception est possible dans un utérus fixé à la paroi.

Dans un troisième, si la grossesse peut évoluer normalement en pareil cas.

Dans un quatrième, nous étudierons les accidents qui surviennent parfois après la ventrofixation chez la femme enceinte.

Dans un cinquième, nous établirons un parallèle entre les résultats, de l'hystéropexie et ceux de deux autres opérations rivales, l'opération d'Alquié et la vaginofixation.

Dans un sixième et dernier chapitre, nous tenterons d'esquisser les principales indications d'un traitement rationnel.

Mais avant de pénétrer plus avant dans notre sujet, suivant une tradition qui nous est chère, nous sommes heureux de dire à nos maîtres le sentiment profond de reconnaissance qui nous anime envers ceux qui ont dirigé nos études.

Et tout d'abord, nous remercions M. le professeur A. Herrgott de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous le remercions surtout pour la bienveillance et la bonté qu'il nous a sans cesse témoignées pendant notre année d'internat à son service. Nous garderons toujours le souvenir de ses cliniques qu'il sait rendre dans son langage net et précis et par un singulier bonheur d'expression aussi attrayantes que fructueuses.

L'an passé, M. le professeur Heydenreich a daigné nous accepter comme interne. Nous devons à ce maître éminent un témoignage particulier de gratitude.

pour le bénéfice que nous avons retiré de ses savantes leçons et pour l'appui affectueux et constant que nous avons toujours trouvé près de lui.

M. le professeur Gross a guidé nos premiers pas dans l'étude de la chirurgie, et il nous a fait aimer cette science. A plusieurs reprises, nous avons été frapper aux portes de sa clinique pendant nos périodes d'externat.

Nous voulons l'assurer ici de notre respectueux attachement pour les preuves nombreuses de sollicitude dont il nous a comblé et pour l'intérêt qu'il prenait à encourager nos efforts.

M. le professeur Weiss a bien voulu nous suivre dans notre préparation à l'internat. Pendant une année entière, il ne nous a ménagé ni sa science ni ses heures précieuses. Nous voulons lui dire ici toute notre reconnaissance.

Nous remercions également M. le professeur Bernheim de nous avoir initié aux merveilles de la suggestion qu'il enseigne avec une compétence sans égale et M. le professeur Spillmann pour les leçons de clinique médicale si recherchées de ses élèves et qu'il professe avec autant d'autorité que d'éclat.

M. le professeur Nicolas et M. le professeur Simon nous ont donné des marques nombreuses de bienveillance alors que nous suivions leurs cours magistraux. Nous sommes heureux de les en remercier.

MM. les professeurs agrégés Février et Haushalter nous ont maintes fois prodigué leur enseignement si utile et si pratiqué et entouré de leur plus bienveillant intérêt. Nous leur en saurons toujours un gré infini.

Que MM. les professeurs agrégés Schuhl et Frœlich
veuillent accepter l'assurance de notre entier dévoue-
ment pour les excellents conseils qu'ils nous ont sou-
vent donnés et pour l'accueil sympathique qu'ils nous
ont accordé.

Et maintenant, merci aussi à notre cher Maletterre,
à celui qui fut l'ami sincère, le compagnon fidèle de
notre vie d'étudiant. Unis par les mêmes pensées,
nous avons associés nos travaux et nos luttes. Au-
jourd'hui, qu'il faut nous quitter pour suivre chacun
des destins divers, nous avons besoin de nous reposer
sur cette amitié en éprouvant sans doute le sentiment
douloureux de la fuite des choses ; mais en emportant
l'intime et consolante conviction qu'elle durera tou-
jours.

Nous remercions également notre ami, le docteur
Pillon, en souvenir des bons rapports que nous avons
toujours eu ensemble et de l'année où il fut notre chef
de clinique.

Nous voulons enfin remercier notre camarade
Kunstler qui avec sa complaisance bien connue s'est
chargé de nos traductions allemandes souvent diffi-
ciles et toujours longues.

CHAPITRE I^{er}

Historique.

C'est au troisième congrès de la société allemande de gynécologie, tenu à Fribourg, en Brisgau, du 12 au 14 juin 1889, que fut agitée pour la première fois cette question de l'influence de l'hystéropexie sur la marche d'une grossesse ultérieure.

Dans ce congrès, Küstner de Dorpat apporte une observation personnelle de ventrofixation exécutée par lui, à la suite de laquelle une grossesse étant survenue, il se produisit un avortement. Pour Kustner l'hystéropexie est une méthode défectueuse pendant la période d'activité génitale et son observation l'amène à formuler ce principe : « une grossesse après fixation de l'utérus à la face antérieure de l'abdomen étant acquise, l'avortement est inévitable » (Kustner, congrès de Fribourg, p. 384).

Cette observation ne devait rien prouver ; car, il s'agissait non pas d'une femme devenue grosse après l'hystéropexie, mais bien d'une femme enceinte de trois mois chez laquelle on pratiqua l'hystéropexie après l'ablation d'un gros myome de l'utérus. Kustner fit l'ablation du fibrome par la laparatomie et en sutura le pédicule à la paroi abdominale (22 nov. 1888). Le 21 décembre suivant, la malade faisait un avortement de quatre mois. L'utérus en se développant avait tiré sur la cicatrice, dit Kustner ; mais comme la

fixation n'avait pas lâché, l'utérus avait dû chasser au dehors son contenu.

En discutant ce cas de Kustner, Sanger fut amené au même congrès à donner son avis sur cette question. Sur douze cas de ventrofixation qu'il opéra, une de ses femmes devint enceinte après cette opération. En juillet 1889 sa grossesse en était déjà au cinquième mois. Elle présenta dès le début des tiraillements douloureux et des hémorrhagies. Son médecin la tenait couchée. Jusqu'à ce moment pourtant, il n'y avait pas eu d'avortement et Sanger espérait que la grossesse irait à terme. Nous verrons plus loin ce qu'il advint de cette grossesse.

Au cours du même débat, Léopold, bien que sans expérience jusqu'alors sur les grossesses survenues après hystéropexie, cita néanmoins ce fait : dans un cas d'opération césarienne répétée sur la même personne et où des adhérences nombreuses s'étaient établies entre l'utérus et la paroi abdominale antérieure, la deuxième grossesse évolua de la façon la plus normale. Au moment où Kustner émettait une opinion si formelle sur les dangers d'une grossesse après hystéropexie et où Sanger ne pouvait encore se prononcer sur l'avenir de sa malade, une observation française de Routier venait affirmer que la grossesse pouvait évoluer normalement après ventrofixation. La malade de Routier opérée le 1^{er} décembre 1888 devenait enceinte en février et accouchait à terme d'un garçon le 31 octobre. Nous rapporterons plus loin in extenso cette observation de Routier.

Peu à peu les grossesses après hystéropexie devinrent plus fréquentes ; à mesure que l'opération se

pratiquait plus couramment et on en publie, des cas de tous côtés, principalement dans la littérature allemande.

Citons en premier lieu Olshausen qui dès 1890 parle d'une femme opérée par Kaltenbach qui accoucha à terme et normalement.

La même année Beaudoin dans une très savante thèse sur l'hystéropexie abdominale antérieure (Paris 1890), consacre un court chapitre à rappeler les principaux faits déjà connus à cette époque.

Ce n'est guère qu'en 1891 que la question devient à l'ordre du jour.

C'est tout d'abord Sperling, qui, le 29 janvier 1891, rapporte dans le *Deutsche medicinische Wochenschrift*, dix cas de ventrofixation pour utérus rétrofléchi. Il relate les résultats de ces opérations en faisant remarquer que trois des opérées devinrent enceintes et que deux menèrent à terme leur grossesse.

Quant à la troisième, Léopold se charge de nous rassurer sur son sort en y joignant encore un cas qui lui est propre.

Il faut arriver à Sanger pour trouver un travail un peu complet sur le sujet qui nous occupe. En publiant ces observations, Sanger rappelle les auteurs qui prirent intérêt à la question et firent connaître les résultats de l'hystéropexie chez celles de leurs opérées qui devinrent grosses. Sans oublier Klotz à qui l'on doit trois cas scrupuleusement observés, citons encore Vlaccos, Flaischen, Howitz, Meyer et Frommel.

Gottschalk, de Berlin, n'avait pas été le dernier à

porter son jugement sur l'influence de l'hystéropexie sur les grossesses ultérieures. Dès le mois de février 1891, il s'apprête à la discuter et cette fois pour combattre la méthode chez les femmes encore susceptibles de devenir mères.

Fraipont dans un article publié dans les *Annales de la Société de médecine et de chirurgie de Liège* veut au contraire se ranger avec les auteurs qui adoptent la ventrofixation comme une opération d'avenir. Il rapporte les cas de von Winwarter en y ajoutant ses observations particulières.

Enfin, la même année Labusquière nous donne dans les *Annales de gynécologie* un résumé assez complet sur les travaux parus jusqu'alors au point de vue de la grossesse après ventrofixation. Son impression est que cette opération n'est pas nuisible pour la gravité. C'est également l'opinion de Jacobs qui communique à Labusquière des renseignements complets sur deux de ses opérées.

Après un silence de deux ans, silence à peine troublé par quelques observations isolées comme celles de Sainclair, Courrier, Bion, la question des rapports de l'hystéropexie avec la grossesse semble de nouveau posséder la faveur des chirurgiens.

En 1894, deux thèses françaises, l'une de Bordeaux, du docteur Lamort, l'autre de Lyon, du docteur Léon, exposent les faits déjà connus et s'efforcent de les interpréter. La première en date, celle de Lamort, établit surtout un parallèle entre l'opération d'Alquié Alexander et l'hystéropexie. Il conclut à la supériorité de la première.

Dans la seconde thèse, Léon semble s'attacher surtout au résultat de l'hystéropexie, non seulement au point de vue de la grossesse, mais surtout au point de vue de la persistance des sutures après l'accouchement. Sa préoccupation est bien plus le maintien de l'utérus en bonne position après l'accouchement que les dangers pouvant survenir pendant la parturition. Ces thèses avaient cherché leur inspiration et leurs documents dans les travaux que nous avons précédemment cités. Elles pouvaient en outre s'enrichir de faits nouveaux rapportés par Rivière dans son remarquable article sur « l'hystéropexie et l'opération d'Alexander au point de vue de la grossesse » (*Archives de tocologie et de gyn.*, 1892), par Edebols (*Cent. für gyn.*, 1894); par Laroyenne, Bar, Pinard Chaput, Jeannel.

L'année suivante les publications se succèdent. Jusqu'alors les observations n'étaient pas toutes heureuses et les auteurs n'admettaient pas sans restrictions la ventrofixation chez les femmes en pleine activité génitale. La communication de Goubaroff (*Archives de Toc. et Gyn.*, 1895) vint une fois de plus montrer aux réfractaires de la méthode que leurs réserves étaient sages. Le cas de Goubaroff ne devait pas être le seul de la série noire. En 1896, deux nouveaux cas aussi graves que le premier, l'un rapporté par Abel (*Bulletin médical du 18 mars*), l'autre par von Guérard (*Cent. für gyn.*, n° 20, 1896) vinrent de nouveau attirer l'attention du monde médical sur la question qui nous occupe.

La publication de Von Guérard est à notre connaissance la plus récente communication sur ce sujet.

Elle est en effet avec celle de M. Abel postérieure au travail de Milander qui a donné en 1895 dans le *Zeitschrift für geb. und. gyn.*, un compte rendu très intéressant et très complet de toutes les observations publiées jusqu'à lui.

CHAPITRE II

L'hystéropexie est-elle un obstacle à la conception

Cette question était certainement la première que durent se poser les auteurs après les premières hystéropitaxies. En s'appuyant sur des considérations théoriques on pouvait supposer que la nouvelle méthode ne nuisait en rien à la conception. Son but étant de maintenir une rétroversion, ou de réduire un prolapsus, causes fréquentes de stérilité, il était permis d'espérer beaucoup de cette intervention.

Les nombreux auteurs qui ont recherché les causes de la stérilité ont principalement reconnu l'influence des rétroversions sur la stérilité absolue parce que la direction du col utérin ne permet pas à l'imprégnation de se faire, et surtout sur la stérilité relative parce que l'état de la muqueuse utérine dans la majorité des cas de rétroversion amène des avortements répétés. Redresser un utérus rétroversé c'était donc supprimer une difficulté à la fécondation, rendre le canal cervico-utérin plus accessibles aux spermatozoïdes.

Mais en clinique ces raisonnements à priori ne valent que lorsqu'ils sont contrôlés par les faits. Ici ils sont très éloquents ; la conception est fréquente après la ventrifixation. Les observations que nous rapportons en font foi.

On verra que pour qu'elle soit possible une seule condition est nécessaire : la conservation d'un des ovaires. Ajoutons que c'est encore une condition suffisante.

CHAPITRE III

La grossesse et l'accouchement peuvent-ils être normaux après l'hystéropexie.

Nous allons dès maintenant pour répondre à cette question faire connaître 59 observations qui militent en faveur de l'hystéropexie. Ce sont des observations de grossesse heureuse, mais il faut tout d'abord nous entendre sur ce terme. Il était en effet extrêmement difficile d'établir une classification de ces observations parce que les divers éléments qui les composent ne sont pas tous identiques.

C'est ainsi que dans quelques-unes la grossesse a pu évoluer très normalement alors que le travail fut pénible et réciproquement.

Dans l'autre un premier avortement s'est produit ; puis une seconde grossesse, chez la même femme, fut parfaite. Pour simplifier la compréhension de notre sujet nous avons fait deux groupes de nos observations :

- 1° Les observations favorables à la gravidité ;
- 2° Les observations défavorables.

Dans le premier groupe se rangent tous les cas où la grossesse fut normale, en y comprenant ceux où l'accouchement nécessita le forceps ou la version ; tous les cas aussi où les accidents se limitèrent pendant la grossesse à de simples douleurs ou à quelques pertes sanguines ; tous les cas enfin où malgré un premier avortement la malade a conçu une seconde fois et est accouchée normalement.

Dans le second groupe nous rangerons le cas d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Les cas où la grossesse fut très douloureuse, et compliquée d'hémorrhagies graves.

Les cas où le travail fut long, dangereux et nécessita des interventions particulièrement redoutables.

Voici nos observations favorables à la grossesse.

OBSERVATION I (de Routier)

Rétroflexion de l'utérus. — Ovaire kystique à droite — Ovariectomie unilatérale. — Fixation du pédicule à la paroi abdominale. — Grossesse consécutive; accouchement normal.

L. P..., femme de ménage, 24 ans, entrée à l'hôpital Laennec le 16 décembre 1888. Réglée à 17 ans et demi, assez péniblement, avec phénomènes hystériformes.

Première grossesse à 21 ans. Accouchement à terme d'un enfant mort. Elle commence à souffrir dans le ventre. Soignée dans un service de médecine pour une maladie utérine avec les pointes de feu, elle en sort améliorée.

Deuxième grossesse et accouchement à terme en juin 1887. Douleurs un peu augmentées dans le ventre. Règles tous les mois avec avances et trop abondantes; pertes rouges intercalaires.

Pertes blanches abondantes dans l'intervalle. Etat actuel. Femme d'assez bon aspect quoique maigre; elle a dû quitter son travail à cause de ses douleurs.

Au palper, douleurs dans la fosse iliaque gauche; col à fente transversale. Utérus de moyen volume, peu mobile, douloureux. En arrière et à gauche, tumeur arrondie, accolée à l'utérus, très douloureuse, même sensation au toucher rectal. La masse prise entre le doigt vaginal et la main abdominale, a le volume d'une grosse orange. Rien à droite.

Opération le 1^{er} décembre 1888. Tumeur profondément cachée dans le pelvis à gauche, on ne peut sentir le fond de l'utérus. En accrochant la tumeur avec l'extrémité du doigt, l'utérus se lève tout d'un coup comme un ressort. Les annexes sont saines à

gauche. L'ovaire est kystique à droite, gros comme une orange. On l'enlève, le pédicule est fixé au bas de l'incision abdominale,

Suites opératoires. Pas la moindre. Les premières règles ont duré deux jours et sont venues le 27 décembre.

Revue le 24 avril 1889 : l'utérus est en bonne situation et *en état de gravidité*.

Revue le 31 octobre. Accouchement d'un garçon.

Le 10 novembre 1889, quand elle sort de l'hôpital : *l'utérus est en bonne position*.

Revue le 10 décembre 1889 : Bon état.

En décembre 1891, cette même femme faisait un deuxième accouchement également à terme.

OBSERVATIONS II-III (Routier)

Hystéropexie directe. — Deux grossesses normales consécutives

X.... 21 ans. Deux accouchements à 16 ans et à 20 ans. Depuis celui-ci, douleurs, rétroflexion.

14 décembre 1889. — Laparatomie. Annexes saines. Le fond de l'utérus est fixé avec un simple fil de catgut. Guérison simple.

Depuis, deux grossesses normales.

Février 1893. — A la suite déchirure pendant le dernier accouchement, restauration du périnée.

Depuis son dernier accouchement, douleurs pendant la marche. Léger degré de rétroversion.

OBSERVATION IV (Slavianski)

Slavianski a rapporté au IV^e Congrès en l'honneur de Pirogoff, un cas de grossesse suivi d'accouchement normal chez une malade qu'il hystéropexia.

OBSERVATION V (Vlaecos)

Hystéropexie pour prolapsus

Procédé. Grossesse. Résultat (?).

OBSERVATION VI (Olshausen) (1)

Olshausen cite le cas d'une femme chez laquelle Kaltenbach avait traité une rétroversion fixée par un ventro-fixation au moyen de quatre sutures à la soie. Elle devint enceinte un an et demi environ après cette opération et accoucha à terme après une grossesse normale. L'utérus au voisinage du terme, n'était déjà plus lié à la paroi abdominale par des adhérences, et six semaines après l'accouchement, il était en antéversion.

OBSERVATION VII (Olshausen)

Femme de 22 ans, ayant trois grossesses antérieures. Opérée par la méthode de Czerny-Léopold, elle conçut quatre mois après.

Au quatrième mois, douleurs et pertes sanguines. A la fin de la grossesse les douleurs subsistent encore à ce moment, on peut à peine atteindre sous le chloroforme la portion vaginale du col avec la main. La paroi antérieure du col est très épaissie. La paroi postérieure est très amincie.

La tête ne parvenant pas à s'engager, on dut accoucher la femme par la version.

OBSERVATION VIII (Olshausen)

Une autre femme de 21 ans, nullipare, devint enceinte sept mois après l'intervention. La grossesse se termina par un accouchement normal. Trois ans et deux mois après, l'utérus est encore en position normale.

OBSERVATION IX

Cette femme conçut de nouveau et accouche d'un second enfant.

OBSERVATION X (de Jacobs)

V. J..., 26 ans, opérée d'hystéropexie abdominale le 27 mai 1890, pour une rétroflexion adhérente et douloureuse devint enceinte en juillet-août 1890. Au début de la gestation, au troi-

(1) *Zeit., f. Geb. w. Gyn.*, 1890.

sième mois environ, elle ressentit des malaises, des douleurs ; mais qui ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses occupations. La grossesse dans son évolution ultérieure fut normale, facile, d'un enfant fortement constitué, bien vivant. Suites de couches absolument normales.

Cette femme fut présentée en juin 1891, à la Société de gynécologie de Bruxelles, et l'on constata que la matrice était petite, en antéversion à peu près normale, adhérente par son fond à la paroi abdominale. Femme et enfant en parfaite santé.

Il n'avait été employé qu'une seule suture, au crin de Florence, au niveau du fond de l'utérus. On n'avait pas fait d'avivement.

OBSERVATION XI A XVII

D'après la thèse de Léon, Jacobs aurait encore observé sept cas de grossesses normales après hystéropexie.

OBSERVATION XVIII

1^{er} cas de Sperling (1)

Rétroflexion de l'utérus. — Métrite chronique. — Descente à l'utérus. — Prolapsus des parois antérieure et postérieure du vagin. — Guérison. — Grossesse. — Accouchement normal.

Femme G..., 29 ans, journalière, mariée depuis 6 ans, a toujours été bien portante, sauf quelques maladies d'enfance. Réglée à 18 ans, tous les 28 jours. A 22 ans les règles deviennent irrégulières, elles se montrent chaque trois semaines pendant huit jours, sans douleurs jusqu'au dernier été. De 1883 à 1887 elle eut quatre accouchements normaux. Quoique les couches fussent accompagnées de fièvre, elle se levait le dixième jour, au dernier le quinzième jour après l'accouchement.

A 19 ans, l'utérus se mit en rétroversion, on le soutint avec un pessaire que la malade ne put supporter.

Actuellement cette femme se plaint de souffrir en se baissant et

(1) *Deutsche medicimische wochenschrift*, 29 février 1891.

en allant à la selle elle se plaint de pesanteur au bas ventre, de cuisson pendant la miction, de céphalée lui interdisant tout travail. C'est une femme petite, lymphatique. Cœur et poumons sains.

La vulve est large, il existe un prolapsus des parois antérieure et postérieure. L'utérus fortement épaisse est retrofléchi, prolabé, peu mobile et douloureux. La cavité utérine est presque normale à l'hystérométrie. Le pessaire n'étant pas supporté par la malade on lui propose une intervention qu'elle repousse.

Quatre mois plus tard, en 1889, la femme revient se présenter. L'utérus peut encore être mobilisé mais avec douleur.

Après quelques essais infructueux de redressement sous le chloroforme et application inutile de pessaires on se décide le 7 février à pratiquer la laparotomie.

Après déchirement des adhérences, on redresse facilement l'utérus qui est suture à la paroi abdominale par trois fils de soie après avivement de la paroi utérine antérieure (grattage de la séreuse). Le premier fils est placé à 1 centimètre en avant et au-dessous de l'attache utérine de la trompe, le deuxième en haut de celle-ci, le troisième au milieu des deux autres et en arrière de la trompe.

La malade avait été assez malade les jours suivants, se remuant dans son lit ; le 27 février elle était debout.

Dès le 2 mars elle se plaint de nouveau. Mêmes symptômes qu'avant l'intervention. Extérieurement on ne peut sentir l'utérus à travers la paroi abdominale. Au toucher on sent l'utérus en rétroflexion, dans le même état qu'auparavant.

Comme préparation à une nouvelle ventrofixation on pratique le 8 mars la colporrhaphie postérieure. Cicatrisation régulière. Le 29 mars on pratique la laparotomie en faisant l'incision à gauche de la première. Les trois fils ont sectionné le tissu ainsi que le montrent trois cicatrices. On pose trois autres fils que l'on enfonce cette fois plus profondément dans le muscle utérin. Avivement comme la première fois.

Les suites de l'opération se firent sans fièvre ; les fils de la paroi abdominale sont enlevés le 17 et le 20 ceux de l'utérus. La malade sort le 22.

Cette femme devint grosse en octobre 1889. Nous la revîmes en mars 1890. Elle ne se plaignait de rien et ne ressentait aucune incommodité notamment pour uriner. L'utérus se trouvait en anteflexion, en position normale sans que l'on puisse trouver un amincissement ou un tiraillement à la place de la suture.

Au mois de juillet elle vint à la clinique pour son accouchement. Le 15 juillet à trois heures de l'après-midi commencèrent de fortes douleurs à succession rapide : à 11 h. 5 soir, naît un enfant vigoureux, criant vigoureusement, du poids de 3,470 grammes.

L'utérus saigne abondamment ; le placenta est expulsé au bout de 40 minutes.

L'utérus se rétracte et arrête l'hémorrhagie.

La malade sort le neuvième jour. L'utérus se sent à trois travers de doigt de la symphyse. Il est toujours solidement adhérent à la paroi abdominale comme auparavant.

La dernière fois que nous vîmes cette femme c'est-à-dire le 11 décembre 1890, nous avons pu constater un utérus mobile, en anteflexion, le fond à deux travers doigt de la symphyse ; ce fond est uni à la paroi par un pont d'une largeur de 2 centimètres.

Le procédé employé pour l'hystéropexie était celui de Léopold.

OBSERVATION XIX

2^o cas de Sperling (1)

Rétroflexion de l'utérus mobile. — Hystéropexie. — Guérison. — Grossesse. — Accouchement normal. — Persistance des adhérences après l'accouchement.

Femme K..., 39 ans, mariée depuis cinq ans. Réglée à 18 ans. Elle a été régulière jusqu'à son dernier accouchement. Les menstrues surviennent tous les mois, durent trois à quatre jours.

Depuis trois semaines après quelques irrégularités menstruelles, elle a des pertes de sang continuelles.

La malade eut quatre grossesses durant la période de 1878-1885. Elle se leva toujours le neuvième jour de ses couches. Depuis le

(1) Sperling. — *Deutsche medicinische wochenschrift*, 29 janvier 1891.

dernier accouchement elle se plaint de maux d'estomac, pesanteurs, douleurs quelquefois dans le bras droit. Ce sont ces douleurs qui lui interdisent tout travail. Selles régulières ; constipation habituelle.

Quand on examine cette femme le 23 juillet on trouve un utérus en rétroversion, mou, mobile, se laissant facilement redresser. Le col est dirigé très en avant ; la cavité utérine est lisse ; la sonde entre facilement en bas et en arrière. Jusqu'à la fin d'octobre on essaya de redresser à l'aide des pessaires, vainement d'ailleurs.

Le 2 novembre, l'hysteropexie est pratiquée. L'utérus est facilement redressé et on le suture, après avivement, à la paroi abdominale.

On fixe à l'aide de trois fils de soie.

Le 13 novembre les fils sont enlevés. Les suites sont bonnes, quand subitement le 18 novembre au soir la température monte à 39° avec dyspnée. Deux jours plus tard la température et le pouls redeviennent normaux ; toutes les douleurs sont disparues.

Le 23 novembre la malade sort sur sa demande. Elle est en bonne santé ; l'utérus est adhérent ; cicatrice presque imperceptible.

Le 13 mai 1890, la femme K... se présente à notre visite. On reconnaît une grossesse de 5 à 6 mois. L'utérus est solidement fixé à la paroi abdominale. L'état de la malade est satisfaisant.

Le 13 mai 1890, cette femme est présentée à la Société de gynécologie où elle dit être accouchée il y a 10 semaines facilement et rapidement. Les suites des couches furent normales.

L'utérus, quand on l'examine, est en antéversion et donne la même sensation que celui de la femme G... (observation précédente). Il est mobile, indolore. Le fond est adhérent à la paroi sur une longueur de 2 centimètres.

Comme chez la malade précédente, l'utérus n'est ni aminci, ni développés en longueur. On peut s'en assurer par le palper bimensuel par lequel on pense encore constater que malgré le pont de substance reliant l'utérus à la paroi, l'utérus est libre de tout autre côté et par conséquent mobile.

OBSERVATION XX (Klotz) (1)

G..., opérée le 27 mars 1889, c'est-à-dire il y a 1 an et 8 mois pour rétroflexion qu'aucun pessaire n'avait pu corriger.

Cette femme devint enceinte et donna naissance après grossesse normale à une forte fille au mois de juillet 1890. Les couches furent apyrétiques. L'utérus se trouve aujourd'hui revenu dans le petit bassin ; il est en antéflexion et solidement lié à la paroi abdominale par un pont de substance très facilement à travers la paroi abdominale relâchée.

OBSERVATION XXI (Klotz)

Femme K..., opérée le 2 novembre 1889, c'est-à-dire il y a 1 an et 1 mois pour rétroflexion utérine. Douleurs continuelles. Pessaires inutiles.

Elle devint enceinte. La grossesse fut normale. L'accouchement à terme et normal. Utérus adhérent et en antéversion.

OBSERVATION XXII (Klotz)

Klotz a encore obtenu une troisième grossesse également normale dans son évolution.

OBSERVATION XXIII

3^e cas de Sperling, présenté par Léopold (2)

Sperling, après avoir cité les deux cas précédents, parle d'une troisième opérée qui était enceinte au moment de la publication de son travail. C'est celle dont Léopold vient de publier la relation suivante.

M. F..., 40 ans, mariée depuis 1 an. Menstruée à 17 ans, durée des règles 3-4 jours ; dans les années précédentes attaque de rhumatisme articulaire. Pas d'enfant. Depuis environ 1 an, douleurs sacro-lombaires presque continues. Parametrium gauche un peu

(1) Klotz. — *Cent. für gyn.*, 31 janvier 1891.

(2) Léopold. — *Ventrofixatio uteri und Schwangerschaft. Cent. für gyn.* 1891, p. 317.

dur, sensible. Rétroflexion de l'utérus ; traitement par les pessaires et les moyens ordinaires, sans résultat. En raison de sa condition sociale, la malade n'est pas en état de se soigner chez elle. Admission à la clinique, fin janvier 1890. Examen sous la narcose : on trouve un utérus rétrofléchi assez profondément, irréductible, maintenu dans sa situation anormale par une masse assez épaisse constituée par la trompe et l'ovaire gauche.

Opération le 6 février 1888. Après libération des adhérences, l'utérus se laisse facilement redresser, après quoi on fixe le fond de l'organe dans l'angle inférieur de la plaie abdominale au moyen de deux fortes sutures abdomino-utérines : fermeture du ventre. Suites opératoires apyrétiques. Guérison parfaite.

Fin juin 1890, dernières règles ; perception des premiers mouvements fœtaux le 10 novembre. Entrée à la clinique le 17 mars 1890, à 10 h. 1/2 du soir. Apparition des contractions 1 h. 1/2 auparavant, poche des eaux rompue, bassin normal. Paroi abdominale tendue fortement ; pendant la contraction on voit la cicatrice opératoire se déprimer au niveau de son tiers inférieur. On sent en outre deux cordons courts et solides qui se dirigent vers l'utérus.

O. I. G. A. tête profondément engagée ; terminaison de l'accouchement avec le forceps à cause du ralentissement des battements fœtaux ; petite fille du poids de 2,395 grammes, née 2 ou 3 semaines environ avant le terme. Suites de couches normales. Lors de la sortie de la malade, le 15 mars 1891, l'utérus était en antéversion, réuni par un cordon solide à la paroi abdominale antérieure, mobile non douloureux.

OBSERVATION XXIV (1^{re} de von Winiwarter) (1)

Hystéropexie semi-directe à fausse couche probable ?

D. G. . . , 25 ans, un enfant à 19 ans.

Depuis, troubles menstruels et douleurs. Rétroversion utérine avec abaissement modéré et kyste ovarique droite.

(1) Les observations de Winiwarter et celles de Fraipont ont été rapportées par ce dernier dans les *Annales de la Société Méd. et Chir. de Liège*, 1890.

3 avril 1888. Laparotomie. Ablation de l'ovaire droit.

L'utérus redressé et suspendu au-dessus de la symphyse pubienne, derrière l'angle inférieur de la plaie ventrale. Le fil du pédicule est utilisé à droite et à gauche, on passe d'avant en arrière, à travers l'angle gauche de la matrice, une suture qu'on ramène dans l'épaisseur de la paroi abdominale et qu'on abandonne. Guérison complète. Plus de douleurs.

En 1889, elle a dû avoir probablement une fausse couche de quelques semaines, malgré ses dénégations formelles. Cautérisation intra-utérine avec teinture d'iode.

Guérison, matrice en état d'antéversion tout à fait normale. Plus de douleurs.

L'utérus malgré sa situation normale ne paraît plus fixé à la paroi.

OBSERVATION XXV (2^e de von Winiwarter)

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement prématuré suite de transmatisme. — Deuxième grossesse.

L. M. . . , 29 ans, marié, 3 enfants. Une fausse couche de trois mois. Souffre depuis. Utérus augmente de volume en rétroversion très prononcée, mobile pourtant.

Dans cul-de-sac de Douglas, ovaire gauche prolabé, augmenté de volume et douloureux. Ovaire droit prolabé légèrement dans le cul-de-sac latéral droit. Cavité utérine allongée et élargie.

Endométrite curetage. Réduction utérine. Un pessaire Hodge, ne peut être supporté à cause de la douleur vive causée par la pression de l'arc postérieur sur l'ovaire gauche prolabé.

Hystéropexie, 15 mai 1889. — Ablation de l'ovaire gauche, poly-kystique. Le fond de la matrice est amené dans la place abdominale et fixé par deux sutures transversales. Suites immédiates excellentes. Guérison complète.

Revue les mois suivants, le résultat se maintenait.

En octobre, arrêt des règles. La malade est enceinte. La grossesse suit son cours normal et la matrice s'éleva peu à peu dans l'abdomen.

Cependant la patiente souffrait assez fréquemment de douleurs dans le bas ventre, qui s'accroissaient à ses périodes menstruelles,

arrivée à sept mois et demi, à la suite de mauvais traitements infligés par le mari, le travail se déclara, la femme accoucha d'une petite fille vivante.

Le travail fut rapide. Légère hémorrhagie au moment de la délivrance. Suites de couches normales. Elle partit le sixième jour sur son désir formel.

Un an après l'opération, état général excellent. L'utérus est en antéversion modérée.

Revue plus tard par Fraipont, celui-ci écrivit :

Matrice en antéversion, cette femme est de nouveau enceinte et ne souffre plus.

OBSERVATION XXVI (3^e de Von Winiwarter)

Histéropexie directe. — Grossesse et accouchement normaux.

D. R..., 22 ans, 2 enfants, 2 fausses couches. A la suite de la dernière hémorrhagie abondante. Utérus en rétroversion gros, contenant des débris de membranes. De plus, kyste de l'ovaire droit (volume d'une grosse orange). Curetage. Guérison. Tentative de réduction de la matrice, impossible à cause de la tumeur ovarienne.

19 février 1889. — Ovariectomie. Hystéropexie complémentaire.

Deux sutures à travers les muscles abdominaux et le péritoine pariétal d'un côté, puis à travers le fond de l'utérus, d'un angle à l'autre, l'une au-devant de l'autre, en arrière de l'intersection de la trompe. On la ramène au bord opposé de la plaie ventrale et on noue.

Guérison opératoire simple. Sort en mars.

Août 1889. — Enceinte depuis 2 mois. Utérus en antéversion normale, éprouve de petites douleurs dans le ventre de temps en temps. Accouchement à terme, le 5 mars, enfant bien vivant. Suites de couches normales.

Trois mois plus tard. Se porte bien, pas de douleurs. Involution normale de l'utérus, en position intermédiaire entre l'antéversion et la rétroversion, mais cependant avec plus de tendance à l'antéversion.

Fraipont ajoute dans son article : La dernière qui ait accouché, n'est pas aussi heureuse. Malgré toutes les précautions prises pour éviter le retour de la matrice à sa position défectueuse. Celle-ci s'est reproduite et avec elle les souffrances qu'accusait la malade avant l'opération. J'ai pu réduire cependant facilement l'utérus et le maintenir réduit par un pessaire Hodge. Soulagement notable.

OBSERVATION XXVII (Fraipont).

Rétroversion. — Hystéropexie. — Grossesse et accouchement normal.

Il s'agit d'une femme amenée le 17 juillet 1890, dans un état lamentable, la figure pâle, le pouls petit, rapide, très dépressible. Température 40°.

Fortes douleurs dans le bas-ventre. Retard de 15 jours dans ses règles. Ventre ballonné et très sensible.

Forte induration surtout à gauche, sort de plastron abdominal mat à la percussion. Pas de traces d'hémorrhagie par les organes génitaux. Au toucher, col utérin fortement reporté en avant, derrière la symphyse pubienne, assez ferme et entr'ouvert. Cul-de-sac postérieur fortement déprimé par une infiltration dure, remplissant presque tout le bassin.

Diagnostic de pelvi-péritonite infectieuse, probablement suite de fausse couche. A la suite d'un traitement, amélioration au bout de deux jours. Le traitement est continué. La malade progresse très favorablement.

A la fin d'août, on constatait à l'examen un développement notable du ventre, surtout dans la région hypogastrique droite, où on sentait une tumeur globuleuse, résistante, mate, remontant jusqu'à l'ombilic. Rien à gauche. Vulve d'un bleu ardoisé, boursofflement de la muqueuse vulvaire, col toujours reporté en avant, derrière la symphyse pubienne. Tumeur globuleuse, élastique, résistante dans le cul-de-sac postérieur.

L'ensemble des renseignements fournis firent penser à une grossesse extra-utérine avec rupture du sac fœtal dans le péritoine ; mais l'examen de la femme anesthésiée permit de reconnaître une

grossesse dans un utérus rétroversé et absolument immobilisable. La tumeur abdominale était kystique.

On juge nécessaire de provoquer l'avortement, qui se produit sans phénomènes inquiétants. Dix jours après, la malade demandait à être opérée de la tumeur abdominale. Opération à la fin du mois de septembre 1890. Laparotomie. La tumeur, un kyste ovarique de l'ovaire, volumineux, à pédicule long et grêle, est détaché de nombreuses adhérences et enlevé, ligature du pédicule.

La main gauche introduite dans le petit bassin trouve l'utérus fixé dans l'espace de Douglas par les mêmes adhérences qui maintenaient la tumeur ovarienne. On la détache assez facilement et on amène le fond dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, où il est fixé au moyen d'une seule suture transversale en soie phéniquée. On passe également le fil de la ligature du pédicule à travers l'épaisseur de la paroi abdominale où il est lié solidement.

Les suites de l'opération n'ont rien présenté de particulier à signaler. 15 jours après, la malade quitte l'hôpital complètement guérie et actuellement son état est des plus satisfaisants, et on peut se convaincre que la matrice occupe sa position d'antéversion normale. Nulle part il n'existe de trace d'exsudat pelvien.

M. F. Fraipont nous communique ce qui suit :

Cette femme est devenue enceinte en 1891, et a mis au monde à terme « un enfant vivant, après avoir eu une grossesse aussi heureuse que possible. Les suites des couches ont été bonnes et la matrice après l'accouchement, reprit sa situation en antéversion normale. »

OBSERVATION XXVIII

J'ai opéré au mois de septembre 1890, une femme par l'hystéropexie.

Je l'ai revue il y a quelques jours. Elle était enceinte de 3 à 4 mois.

NOTA. — Fraipont a communiqué depuis, que cette femme était accouchée heureusement, que les suites de couches avaient été bonnes et que l'utérus était en bonne position.

Sænger fit quelques cas de ventrifixation dont cinq avec conservation des annexes. Ces cinq opérées

étaient dans la possibilité de devenir grosses ; et parmi elles, il y avait une femme mariée ayant eu quatre grossesses antérieures et l'avortement. Trois ouvrières ayant eu chacune un enfant. La cinquième opérée n'avait pas encore été enceinte.

Deux de ces cinq opérées devinrent enceintes après hystéropexie et l'une d'elles, la femme mariée, le devint deux fois.

Voici les trois observations rapportées par l'auteur :

OBSERVATION XXIX (de Sænger) (1).

Femme T..., opérée le 26 décembre 1887 ; dernières règles en mars 1889, dont conception 15 mois environ après l'opération. Dans les premiers temps de la grossesse, douleurs partant manifestement des points de fixation de l'utérus. Vers le 3^e mois de la grossesse, le médecin ordinaire de la malade écrit à Sænger qu'il lui semblait que l'utérus ne se développait pas normalement en hauteur, qu'il paraissait comme solidement retenu au niveau de la suture, et à plusieurs reprises, il se produisit des écoulements sanguins. En août 1889, 6^e mois de gestation, accouchement prématuré. Le fœtus, macéré, correspondait par ses dimensions, à un fœtus de 3 mois. Six semaines plus tard, la femme était en parfaite santé. Quant à l'utérus, parfaitement involué, il était comme auparavant en antéversion.

Sænger ne peut croire que la ventrofixation soit la cause de l'avortement. Il se base sur ce fait que le fœtus paraissait seulement âgé de 3 mois et pense que le fruit de la conception était la cause même de l'avortement. Cette supposition trouve sa confirmation dans l'histoire de la 2^e grossesse.

OBSERVATION XXX (2^e de Sænger).

Après la fausse couche, la menstruation se rétablit normalement jusqu'au 20 avril 1890, date des dernières règles. Premiers mouve-

(1) *Cent. für gym.*, 1891.

ments de l'enfant le 7 septembre. Sænger examina la femme au 9^e mois de la gestation et constata que l'utérus ne présentait rien d'anormal dans ses dimensions, sa forme, sa mobilité. Accouchement le 7 février (quelques jours semble-t-il au-delà du terme), terminé par version et extraction d'un fœtus mort ; la particularité la plus remarquable dans cet accouchement fut l'absence presque complète des contractions.

Sænger insiste sur le ralentissement prononcé des contractions et conclut que la ventrofixation a plutôt une influence paralysante qu'une influence excitante.

OBSERVATION XXXI (3^e de Sænger).

Femme Sch..., 28 ans. Primipare, accouchement normal. Rétroflexion interne mobile. Douleurs, hémorrhagies fréquentes et irrégulières, nausées, vomissements, état dyspeptique.

Opération le 21 juin 1888. Dernières règles au commencement d'octobre 1888, donc début de la grossesse 4 mois environ après l'opération. Accouchement normal à terme le 1^{er} juillet 1889. Le 22 juillet 1890, un an après cet accouchement, on constata qu'il existait un léger écartement vers le milieu de la cicatrice abdominale, que l'utérus était comme écarté, en antéversion et mobile, sans que ses adhérences à la paroi abdominale fussent détruites.

OBSERVATION XXXII (Frommel).

Hystéropexie. — Grossesse et accouchement à terme.

B. R..., 24 ans. Réglée régulièrement. Deux accouchements, dont le premier en janvier 1889, avec deux jumeaux et le deuxième en décembre 1889.

Entre le 30 octobre 1890. Violentes douleurs lombaires irradiées. Utérus en rétroversion fixée.

Annexes normales à droite ; à gauche comprises dans une masse de la grosseur d'un œuf de poule, douloureuse à la pression. Traitement pendant quatre semaines par le massage sans résultats. Même succès dans une tentative de réduction sous le chloroforme.

Opération le 19 novembre 1890.

Adhérence des anses intestinales aux organes pelviens sont détachées. L'utérus et les annexes étaient entièrement entourés de fausses membranes. L'utérus fut mobilisé, puis les annexes libérées de leurs adhérences. La masse perçue à gauche comprenait l'ovaire et la trompe. Dans l'ovaire, se trouvait un kyste de la grosseur d'un œuf de pigeon qui creva pendant la rupture des adhérences et vida son contenu qui ressemblait à un caillot sanguin. Les annexes furent laissées et l'utérus fixé à la paroi abdominale par deux sutures, l'une comprenant le fond et l'autre les ligaments ronds. Fermeture de la paroi abdominale par sutures séparées. Guérison.

Un an après, se trouvait enceinte de 7 mois. Utérus fortement fixé à la paroi abdominale. De chaque côté, on sentait deux cordons de la grosseur d'un crayon, descendant jusqu'à la région inguinale et que l'on suppose être les deux ligaments qui avaient été fixés cicatrice élargie. Fœtus en présentation du sommet tête mobile. Travail le 30 avril 1891, dura 2 heures. Version.

Légère hémorrhagie jusqu'à l'expulsion du placenta. Involution normale, de l'utérus, dix jours après, on ne sent plus l'utérus au-dessus de la symphyse pubienne, on sent très bien un cordon ligamenteux de la largeur de deux travers de doigt, allant du fond de l'utérus à la paroi abdominale antérieure.

OBSERVATIONS XXXIII et XXXIV (Sinclair).

*Rétroflexion. — Hysteropexie. — Une grossesse normale.
Un avortement.*

L. Y... Comme antécédents puerpéraux, quelques troubles à la suite d'une fausse couche. Au moment de son entrée (octobre 1891), souffrait d'une rétroflexion avec adhérences. Les ovaires ne paraissent pas y être engagés.

L'emploi de tampons et de douches, suivant la méthode Schultze, ne réussit pas à rectifier la position de l'utérus. Ventro-fixation le 15 octobre 1891.

On trouve l'utérus complètement adhérent au fond du cul-de-sac de Douglas et les ligaments larges repliés en arrière, mais sans que les ovaires aient été attirés en bas. Adhérences facilement rompues et l'utérus est amené dans la plaie abdominale. Légère

hémorrhagie au niveau des adhérences. Ventro-fixation complétée par huit points de suture au catgut, au fil de soie fort, et à la soie fine. Guérison rapide.

Au commencement de l'été 1892, 6 mois après l'opération, la malade revient me consulter.

Je la trouvai enceinte de quatre à cinq mois, et aussi loin que je pus prolonger mon examen, la matrice me parut en situation normale. A part une sensation de tiraillements au niveau de la cicatrice, elle ne se plaignait de rien. On lui conseilla d'entrer à la Maternité, pour être observée avec beaucoup de soin.

Le travail se déclara et se termina rapidement. Tout se passa, d'après ce qui m'a été décrit, d'une façon absolument normale. Car, c'est seulement le lendemain de son accouchement que j'appris qu'elle était entrée. Les suites de couches, soigneusement observées, n'ont présenté rien d'anormal.

L'involution de l'utérus s'est parfaitement accomplie et la malade est partie avec son enfant vivant, se portant aussi bien que possible, si ce n'est un peu de cystite.

Revue le 6 mars 1894. Sort 2 ans et 5 mois après l'opération.

J'appris alors qu'elle avait eu au mois d'août dernier, une fausse couche de 3 mois, alors qu'elle était très malade de l'influenza. Il n'y a pas d'autre cause à quoi elle puisse l'attribuer.

Elle est encore maintenant enceinte de 4 mois. Elle porte une ceinture abdominale et se trouve très satisfaite.

Le fond de l'utérus est dans la situation normale qu'il doit occuper au quatrième mois.

La malade éprouve une certaine gêne causée par un tiraillement au niveau de la cicatrice, elle éprouve encore quelques légères douleurs, suites des malaises de la grossesse. Elle a aussi un peu de cystite. Bon état général.

OBSERVATIONS XXXV et XXXVI (Bion) (1)

Bion raconte que sur 14 opérées par la méthode de Ezerny-Léopold pour rétroflexion utérine, il y en a eu 3 enceintes. Deux eurent une grossesse normale. L'accouchement fut satisfaisant.

La 3^e n'est pas encore accouchée.

(1) Bion *Dissert Bern.*, 1893.

OBSERVATION XXXVII (Currier) (1)

Dans la « Société de secours aux nouveaux-nés », Currier, de New-York, rapporte que dans un cas où il fit la ventrofixation et extirpation d'un ovaire malade, il eut une grossesse et un accouchement normaux.

OBSERVATION XXXVIII (Laroyenne)

Hystéropexie. — Grossesse et avortement consécutif à un effort.

S. M. . . , 27 ans.

Dysménorrhée, troubles nerveux. Il y a un an et demi, fausse couche de trois mois.

Depuis, métrorragies, souffre beaucoup, travail devenu impossible, marche très difficile.

Diagnostic. — Utérus en rétroversion fixé par les adhérences au niveau des annexes gauches.

25 mars. — Opération par Goullioud.

Adhérences fixant l'ovaire et la trompe en arrière aisément détachées. Ablation de l'ovaire et trompe à gauche. Annexes droites saines.

L'utérus est ramené facilement contre la paroi abdominale antérieure. Hystéropexie par procédés de Laroyenne par deux aiguilles.

Avivement [au bistouri de la face antérieure de l'utérus sur une étendue de trois centimètres carrés. Fixation par deux fils de catgut qui comprennent toute l'épaisseur des lèvres de la plaie y compris même la peau.

11 avril. — Utérus parfaitement fixé contre la paroi abdominale. Col très haut.

19 janvier 1892. — Ne souffre toujours pas.

15 mars. — N'a pas eu ses règles depuis le 4 février. Quelques malaises nerveux. Utérus toujours plaqué contre l'abdomen, un peu à droite.

(1) *Cent. für. gyn.*, 1893.

Fin mars. — A la suite d'un effort, fausse couche de deux mois et demi.

24 avril. — Va aussi bien que possible, travaille toute la journée, marche pendant deux ou trois heures. Utérus en bonne position.

5 octobre 1893. — Devenue enceinte, a accouchée le 20 août dernier, c'est-à-dire un an après son opération.

Accouchement spontané, prompt, les fortes douleurs au dire du mari ayant duré deux heures. Enfant bien portant.

Utérus ayant subi son involution comme normalement, situation telle qu'après l'opération; fond fixé à la paroi abdominale au niveau de la ligne de suture qui ne s'est aucunement laissé distendre. Etat local parfait.

OBSERVATION XXXIX (Jeannel)

Hystéropexie indirecte. — Grossesse et accouchement à terme, sans incidents.

Malade, après castration unilatérale et hystéropexie indirecte (Kœberlé) devenue enceinte et accouchée à terme sans incidents.

OBSERVATION XL (Chaput)

Hystéropexie type. — Grossesse et accouchement normaux.

R. . . , 31 ans. Premier accouchement à vingt ans, un deuxième à vingt-huit ans. Depuis juin 1890, métrorrhagies, douleurs. Rétroflexion.

Septembre 1890. — Laparatomie. Castration unilatérale.

Utérus volumineux, redressé, fixé à mi-chemin entre le pubis et l'ombilie par trois sutures perdues. Guérison.

Septembre 1891. — Amélioration persiste. Envies assez fréquentes d'uriner pendant la marche.

Novembre 1892. — Accouchement à terme à la suite de grossesses normales. Mictions fréquentes.

OBSERVATION XLI (Pinard)

Hystéropexie. — Grossesse normale.

Opération par Terrier. Devient enceinte six mois après. Grossesse évolua jusqu'à terme sans accidents, mais il n'y eut aucune

accomodation pelvienne. L'utérus ne descendit à aucun moment dans l'excavation. Pendant le travail, deux particularités : 1° La tête ne s'engagea dans l'excavation qu'après dilatation complète. 2° Au moment de chaque contraction on voyait la paroi abdominale se froncer au niveau de la cicatrice. Suites de couches physiologiques.

Les adhérences n'ont pas été rompues pendant le travail et ont subsisté.

OBSERVATION XLII (Bar)

24 ans. Rétroflexion. Hystéropexie par G. Marchand. Grossesse. Douleurs suivant le trajet de la cicatrice. Utérus bien fixé au niveau de la suture.

Accouchement normal. Délivrance spontanée. Légère hémorrhagie arrêtée par des injections vaginales chaudes et ergotine. Involution utérine et suites de couches normales.

OBSERVATIONS XLIII et XLIV (Lohlein) (1)

Lohlein rapporte deux grossesses après ventrofixations qui amenèrent chez les deux patientes pendant les quatre premiers mois des crises douloureuses accompagnées de vomissements.

Chez la première femme qui accoucha normalement après un travail de 7 heures et qui eut des couches satisfaisantes, on trouva à la palpation une adhérence circulaire allant du fond de l'utérus à la paroi abdominale. Huit semaines après l'accouchement, l'utérus se trouvait en antiflexion mobile quoique fixé.

Dans l'autre cas, la femme fut accouchée au forceps. Les couches furent satisfaisantes. Les adhérences laissaient à l'utérus de la mobilité aussi bien pendant la grossesse qu'un peu plus tard.

OBSERVATION XLV (Edebohls) (2)

Femme enceinte de 7 mois à qui Edebohls fit l'hystéropexie en même temps qu'un curetage, l'amputation du col et la résection des ligaments ronds. Chez cette femme, un ligament rond s'étant rompu, on dû pratiquer la pacrotonomie et faire l'hystéropexie.

(1) *Deutsch Med. Woch.*, 1894.

(1) Edebohls. — *Cent. für. gyn.*, 21 novembre 1894.

A l'heure actuelle, cette femme est enceinte de 7 mois et se trouve beaucoup mieux qu'aux grossesses précédentes.

Pourtant l'utérus s'est développé surtout aux dépens de sa face postérieure.

OBSERVATION XLVI (Edebohls)

Dans ce deuxième cas, en voulant tenter le raccourcissement des ligaments ronds, l'un d'eux se rompit. On fit la laparotomie et l'hystéropexie.

La femme conçut six mois après et la grossesse fut normale.

OBSERVATIONS DE XLVII A L INCLUS

Depuis, Edebohls vit encore 4 fois la grossesse arriver normalement à terme comme l'indique Milænder (*Zeits. Geb. und gy.* Bd 33/).

OBSERVATION LI (Poltowicz) (1).

Poltowicz fit 20 ventrofixations. Il observa deux grossesses qui se terminèrent toutes deux par un accouchement au forceps.

OBSERVATIONS LII ET LIII (Howitz et Meyer (2)

Howitz et Meyer rapportent deux cas. Chez l'un de ces malades les annexes malades avaient été enlevées d'un côté.

Les grossesses évoluèrent normalement chez la malade dont les annexes avaient été enlevées d'un côté, l'utérus se remit en rétroflexion après l'accouchement.

OBSERVATION LIV (Condamin) (3)

A la Société des sciences médicales de Lyon, Condamin présente une malade à qui il pratiqua l'hystéropexie pour prolapsus. L'opération date de 2 ans. Le résultat put donc être considéré comme définitif.

(1) *Revue méd. de la Suisse rom.*, 1893.

(2) *Gym. v.g. obstetrie meddelelser*, Bd VIII.

(3) *Province médicale*, 1893, n° 10.

Cette malade avait eut trois grossesses. La dernière difficile s'était accompagnée de déchirures du périnée, de prolapsus de l'utérus avec douleurs vives du côté des annexes.

Le procédé employé fut celui de Laroyenne. Elle est actuellement enceinte de 6 mois. Au début de la grossesse, douleurs dans les cicatrices.

Nous ne sommes pas renseignés sur l'évolution ultérieure de grossesse.

OBSERVATIONS LV, LVI, LVII (Gouilloud) (2)

A la même Société, Gouilloud rapporte qu'il a observé 3 grossesses chez ses malades opérées par l'hystéropexie.

Toutes normales et à terme.

OBSERVATION LVIII (Milænder)

PREMIER CAS

K. J..., 28 ans ; sixième grossesse, toutes normales, sauf un avortement. Traitée le 28 février 1893, pour rétroflexion utérine, par le professeur Küstner, qui lui fit la ventrofixation.

Le 18 septembre 1894, j'étais appelé pour son accouchement, qui avait eu lieu avant mon arrivée, en présence d'une sage-femme.

C'était une femme d'une taille moyenne et d'une bonne constitution. Le fond de l'utérus était à deux travers de doigt de l'ombilic, et deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, on voyait une cicatrice large comme la main, en rapport avec la face antérieure de l'utérus. A ce niveau, les parois abdominales étaient rétractées. L'arrière-faix n'était pas encore expulsé. Le placenta ne tarda pas à venir. L'enfant né en présentation du sommet est une fille. Suites de couches normales. L'utérus est toujours fixé à l'abdomen.

OBSERVATION LIX

DEUXIÈME CAS

A. S..., 42 ans ; douze grossesses antérieures. Entre à la clinique le 27 mars 1895. Elle y était déjà venue le 5 mai 1893, pour

(1) *Province médicale*, 1893, n° 10.

une opération. Elle se plaignait, à cette époque, d'accidents survenus depuis dix ans, et que chaque grossesse avait fait empirer. Depuis sa dernière grossesse, les règles s'étaient arrêtées.

Le 19 mai 1893, le professeur Küstner lui fit une ventrofixation pour prolapsus total de l'utérus. Il fixa l'organe au moyen de quatre sutures à travers l'utérus, le péritoine et la paroi abdominale. Colporrhaphie antérieure et postérieure. Elle sort guérie le 13 juin.

Après sa sortie, la malade souffrit encore de pesanteur dans l'abdomen, accompagnée de fièvre. Durant quatre mois, elle dut se soigner et se guérit avec un traitement médical. Ses règles s'étaient également supprimées ; mais il faut dire que la malade, sur ce point, est très irrégulière.

Elle ne se souvient pas de l'époque de ses dernières règles. Elle aurait senti remuer l'enfant depuis Noël 1894. Les premières douleurs prennent cette femme dans la nuit du 22 au 23 mai. Le 23 mai, à neuf heures du matin, elle entre à la salle de travail. La poche des eaux s'était rompue pendant la nuit.

Voici l'état actuel. On remarque sur la ligne blanche une cicatrice commençant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse et haute de 9 centimètres. L'utérus s'étend à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tête est à droite, le siège est à gauche ; les petites parties se sentent en avant.

La paroi abdominale est solidement liée à la paroi utérine sur la ligne blanche, à l'endroit de la cicatrice ; les adhérences s'étendent tout le long de la cicatrice, qui mesure 9 centimètres de long ; les adhérences suivent les mouvements de latéralité qu'on imprime à l'utérus. Cet organe est palpé facilement à travers la paroi abdominale. On peut également palper facilement les ligaments ronds et suivre leur attache à l'utérus. Cela montre que ce que l'on croyait être le fond de l'utérus dépassant de deux travers de doigt l'ombilic, n'était autre chose que la paroi postérieure, fortement développée de l'utérus, tandis que le fond de l'utérus se trouvait à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, comme le prouvait l'attache du ligament long à cette place.

Les bruits fœtaux s'entendent sur la ligne médiane à la hauteur de l'ombilic.

On n'atteint que difficilement la portion vaginale de l'utérus, fixée au promontoire. La lèvre antérieure est épaisse, le col laisse cependant passer deux doigts ; la paroi postérieure du vagin est tendue et la voûte vaginale postérieure disparue.

On diagnostique une présentation transversale.

Accouchement. — Les douleurs furent de courte durée, espacées, et de faible intensité. A midi, même état. Pour agrandir l'utérus, et pour mettre un terme à l'écoulement des eaux, on essaya d'introduire le ballon de Champetier de Ribes dans le col. Mais l'éloignement de ce col et la direction furent des obstacles à l'introduction du ballon, qui fut laissé dans le vagin. A cinq heures de l'après-midi, on le sentit, et on trouva que l'utérus laissait passer trois doigts.

Comme l'accouchement n'avancait pas et que la mère perdait ses forces, on se décida à agrandir l'orifice utérin avec la main et à faire la version. On y parvint après anesthésie. Mais la tête dernière fut extraite avec d'extrêmes difficultés. Déchirure du périné.

L'enfant, une fille, était faible, à demi asphyxiée.

Le placenta fut extrait par la méthode de Créde.

Quand cette femme quitta le service, le fond de l'utérus était à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse et adhérent à la paroi. L'utérus est mobile. On atteint facilement la paroi vaginale.

Ces cas, que nous venons de rapporter dans leur ordre de publication successive, nous permettent d'affirmer que la grossesse à terme est possible après l'hystéropexie.

Etudions donc la raison d'un phénomène qui *a priori* semble inexplicable. Il faut, en effet, pour qu'un utérus gravide puisse se développer, qu'il soit libre de tous liens, que rien ne gêne en un mot l'expansion de ses différentes portions. Ce fait est la condition *sine qua non* de toute grossesse, aussi voit-on pendant la

gravité, les annexes de l'organe gestateur, subir des modifications importantes. Ainsi les ligaments larges s'étendent, leur bord supérieur horizontal, pendant la période d'inactivité utérine, prend une direction oblique d'autant plus accentuée que l'on se rapproche du terme. Les deux feuillets antérieur et postérieur de ses ligaments s'écartent en outre pour loger l'utérus augmenté de volume.

Les ligaments ronds augmentent de volume, s'étirent, se gonflent grâce à l'hypertrophie de leurs éléments musculaires et vasculaires ; les trompes elles-mêmes se déplacent pour suivre l'utérus dans son développement.

Si la nature agit ainsi pour permettre la libre expansion de l'utérus, quelle sera donc la destinée de cet organe lorsque des attaches souvent très résistantes, le lient intimement à la paroi abdominale ?

Nous ne voyons que trois hypothèses capables d'expliquer l'évolution régulière d'une grossesse dans un utérus fixé à la paroi.

Ou bien, il faut que les adhérences, s'étirent, se déchirent et finalement disparaissent au risque de voir se produire après l'accouchement la déviation utérine.

Ou bien que ces mêmes adhérences subissent des modifications susceptibles de laisser à l'utérus sa libre expansion.

Ou bien enfin que les parois non fixées de l'utérus fournissent l'étoffe nécessaire au développement complet.

Examinons successivement ces trois hypothèses.

1° Les adhérences disparaissent.

Les adhérences peuvent se rompre après l'hystéropexie, même en dehors de la gravidité. Pour peu qu'un utérus soit augmenté de volume, si l'on opère pour un prolapsus ou que les adhérences anciennes ne soient pas complètement détruites s'il s'agit d'une rétroversion, on conçoit facilement que l'organe par les tractions continuelles exercées sur la cicatrice parvienne à détruire le bénéfice de l'intervention.

Léopold, depuis 1891, en parle comme d'un accident relativement fréquent.

Lamort (thèse de Bordeaux 1894, p. 4) rapporte ce cas de Fochier : il s'agissait d'un prolapsus total avec ulcération de la muqueuse prolabée. L'opérateur eut grand mal à reporter le fond de l'utérus au niveau de l'incision pariétale. Une fois les sutures terminées, l'utérus en tirant sur la paroi, produisit à ce niveau une dépression profonde. Deux mois après, le prolapsus s'était reproduit.

Le même accident survint chez une opérée de Picqué (Baudouin, th. Paris 1890) qui se leva six jours après l'opération et vit son utérus retomber en rétroflexion.

Coé observa le même fait chez une de ses malades.

Si donc, l'utérus de lui-même, tend à détruire les adhérences et à représenter sa position première, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'un utérus augmentant de volume et de poids chez une femme enceinte n'arrive à détruire au bout d'un certain temps les adhérences qui le fixaient à la paroi.

Gottschalk (*Cent. für nyyg.*, 1891) pense qu'il n'en est

pas autrement quand la grossesse n'est pas interrompue : « La croissance progressive de l'utérus gravide force bientôt les adhérences utéro pariétales. »

Dans le cas rapporté par Olshausen (Obs. VI), l'utérus au voisinage du terme n'était plus lié à la paroi abdominale.

Fraipont (*Annales de la Société médicale de Liège*, 1891) qui revit les trois opérées de Winiwarter nous dit que la première opérée, celle qui fit probablement une fausse couche de trois semaines, n'éprouvait plus une seule souffrance ; mais, que l'utérus malgré sa situation normale ne paraissait plus avoir d'attaches à la paroi.

La seconde était dans les mêmes conditions. Seulement la matrice était restée parfaitement en antéversion ; mais, toute entière au-dessous de la symphyse pubienne.

Enfin, la dernière, malgré toutes les précautions prises après l'accouchement, vit sa matrice retourner à sa position défectueuse.

C'est encore le même résultat que nous observons chez une des malades de Hovitz et Meyer (Obs. LIII). Les annexes avaient été enlevées d'un côté ; la grossesse fut normale ainsi que l'accouchement ; mais la rétroflexion était reproduite après l'accouchement.

Dans l'observation de Routier, on constate encore une grossesse normale et post partum un certain degré de rétroversion.

Lœhleïn enfin (Obs. XXXIV), constate chez une de ses opérées, un utérus absolument mobile après une grossesse heureuse.

En résumé, six fois, nous avons pu noter la rupture des adhérences.

Les causes de ce relâchement des adhérences ne sont pas simples. Indépendamment du poids et du volume de l'utérus gravide, nous devons encore signaler le mode de fixation de l'utérus. Il nous semble, en effet, que certains procédés de sutures sont plus susceptibles que d'autres d'amener le relâchement, de même que l'étendue des surfaces accolées et leur nature ne sont pas sans influence sur la solidité des adhérences.

G. Smith (1) apprend, en effet, que les sutures de séreuses contre séreuses ne donnent que de faibles réunions ; les sutures de séreuses contre tissu fibreux donnent des adhérences plus solides. Le maximum de solidité est fourni par les sutures du tissu fibreux contre tissu fibreux.

Il nous est sans doute très difficile de vérifier ces vues parce qu'il nous faudrait connaître exactement le *modus faciendi* de chaque auteur en particulier ; mais il est digne de remarquer que dans les observations où l'on rencontre la rupture des adhérences, la fixation avait été obtenue par quelques fils, c'est du moins le cas dans l'observation de Routier où l'utérus a été fixé par un seul fil de catgut et dans celles de von Winiwarter, où il n'y avait que deux fils de maintien.

Il est également très complexe de se rendre un compte exact de l'étendue des surfaces accolées et de leur nature. Ce dernier point est particulièrement délicat.

(1) *Cent. für gyn.*, 49-95.

L'idéal de solidité serait en effet de créer des adhérences entre le muscle utérin et les muscles de l'abdomen ; mais il faut bien convenir que le plus souvent les adhérences sont seulement péritonéales et dans ce cas l'étirement se fait surtout aux dépens du péritoine pariétal uni à la sangle abdominale par un tissu cellulaire très lâche. Quant à déterminer la part exacte de cette nature des adhérences dans le mécanisme de leur rupture, c'est un point impossible à déterminer. Dans les cas où nous avons vu la grossesse être normale par suite de la rupture des adhérences, nous pouvons supposer que la minime quantité de fils employés n'a pu créer que des liens insuffisants sans oser, manquant de preuves anatomiques à l'appui, rien présumer sur la nature même de ses liens.

Fraipont (*loc. cit*) admet encore que l'époque à laquelle survient la grossesse doit jouer un rôle dans la genèse de la rupture des adhérences. Chez les patientes devenues enceintes très vite après l'opération, alors que les adhérences sont encore jeunes, peu résistantes, très vascularisées, on a bien des chances de voir la matrice les étirer, les distendre et finalement les déchirer. De fait, chez les opérées de Winiwarter nous pouvons noter ce détail. Elles concurent cinq à six mois après l'opération.

2° *Les adhérences se modifient.*

Les cas de rupture des adhérences amenant une grossesse normale sont relativement rares. Nous en avons constaté sept cas. Il importe donc à présent de rechercher pour les autres observations heureuses de

grossesses une explication différente. Examinons à présent si les adhérences peuvent se modifier ?

Puisque la grossesse détermine du côté de l'utérus et du vagin un ramollissement notable ainsi qu'à la distension des ligaments, il est logique de penser que le même phénomène se passe au niveau des nouvelles attaches créées par l'hystéropexie.

Il est infiniment probable aussi que d'après l'opinion de Rivière. (*Arch. de Toc. et de Gyn.*, 1892) pendant la grossesse et sous son influence il doit se passer et il se passe dans les adhérences créées artificiellement entre l'utérus et la paroi abdominale, ce qui se passe normalement entre la vessie et l'utérus unis l'un à l'autre, on le sait par des liens conjonctifs.

Démelin (Paris, 1888) a bien attiré l'attention sur ce fait — à l'aide de dissections entreprises sur des puerpérales, il a pu se convaincre que sous l'influence de la grossesse, le tissu conjonctif interposé entre les deux organes est considérablement ramolli et relâché « voici ce que nous avons constaté, dit cet auteur, dans quatre autopsies de femmes mortes pendant le travail. Le tissu cellulaire intervésico-utérin était chaque fois remarquablement lâche, si lâche qu'on pouvait sans le déchirer éloigner la paroi vésicale postérieure de la surface du col indépendante ; si lâche qu'un doigt placé dans le cul-de-sac séreux pouvait passer entre la vessie et le col et venir au contact d'un autre doigt insinué dans le cul-de-sac vaginal antérieur ; ces deux doigts n'étaient séparés l'un de l'autre que par la paroi vaginale doublée du péritoine.

Ainsi, de par la grossesse, le tissu conjonctif péri-cervical se ramollit comme le col lui-même ; les adhé-

rences cellulaires du col avec le réservoir urinaire perdent toute intimité : elle n'existent pour ainsi dire plus, tant elles sont devenues lâches et insensibles. »

Ces mêmes modifications se produisent évidemment dans les adhérences artificielles créées entre l'utérus et la paroi abdominale.

Rivière en voit une preuve dans cette observation de Newman dans laquelle l'utérus maintenu en bonne position par le raccourcissement des ligaments ronds, exerçait sur les vieilles adhérences dues à la pelvipéritonite antérieure, une tension assez douloureuse.

Puis survint une grossesse et les manifestations douloureuses disparurent. Il fallait donc que la grossesse ait imprimé aux fausses membranes des modifications semblables à celles éprouvées par les tissus constitutifs des organes pelviens.

Jacobs a vu également des modifications se passer du côté des liens artificiels utéro-abdominaux. Il a observé mainte fois (Lamort, p. 111) après la ventrofixation, et souvent après la grossesse survenue après cette opération que l'utérus reste attaché à la paroi abdominale, mais que petit à petit, entre les deux surfaces, il se forme un pédicule qui s'allonge, s'allonge..... jusqu'à pouvoir atteindre 5, 6 cent et plus.

Dans un cas, on a vu un pédicule déterminer un étranglement interne, l'autopsie a démontré à Jacobs, que ce pédicule était formé de péritoine, de fibre musculaire, de tissu conjonctif et fibreux.

C'est en somme la création d'un véritable ligament rond, médian, et nous ne doutons pas que ce ligament

cicatriciel, si la femme devient enceinte, ne se vascularise, ne s'imbibe, ne s'hypertrophie enfin comme les autres ligaments utérins naturels.

Nous en trouvons encore une preuve dans l'observation XXVIII, de Léopold où l'on sentait deux cordons courts et solides se dirigeant vers l'utérus. Après l'accouchement l'utérus était en antéverson et toujours fixé à la paroi par un cordon solide. L'organe était mobile et non douloureux. La période de gestation terminée, les adhérences revinrent à leur état normal comme les ligaments naturels, et c'est ce qui nous explique qu'après la grossesse, on peut, malgré tout, trouver l'utérus fixé à la paroi.

Les adhérences peuvent donc se modifier et ce fait nous explique encore la possibilité d'une grossesse heureuse.

3° Les parois non fixées de l'utérus fournissent l'étoffe nécessaire au développement complet.

Supposons que, dans un cas donné, les adhérences ne puissent se rompre, qu'elles ne se modifient pas, comme c'est le cas dans l'observation XLI rapporté par Pinard, où l'on voyait la paroi abdominale se former au niveau de la cicatrice ombilicale, ou dans celle de Lohlein (ob. XLIII) où l'on constatait une adhérence circulaire allant du fond de l'utérus à la paroi abdominale, et dans tant d'autres enfin qu'il serait fastidieux de rappeler. Pouvons-nous encore espérer l'évolution normale de la grossesse. Oui, à condition que la paroi postérieure non fixée, ainsi que les parties latérales contribuent exclusivement au développement.

Nous en avons la preuve dans l'observation VII.

Olshausen constate que la paroi postérieure est très amincie, étant du reste, la seule observation favorable à la grossesse qui fait mention de ce fait. Edebohls mentionne un cas semblable : « L'utérus, dit-il, s'est développé aux dépens de sa face postérieure. » Cette distention aux dépens de la face postérieure de l'utérus présente certainement bien des dangers, nous les apprécierons plus loin, quand nous parlerons des causes de l'avortement après l'hystéropexie, mais il semble cependant probable que dans la plupart des cas, le fœtus ne peut vivre et se développer qu'aux dépens de l'extension des parois libres. Pour en connaître exactement le nombre, il faudrait immédiatement après l'accouchement, introduire la main dans l'utérus et se rendre un compte exact de l'épaisseur des deux parois, on comprend que cette manœuvre n'est admise que si des indications spéciales, impérieuses, dirai-je, la réclament, et c'est ce qui nous explique pourquoi. Cette constatation n'a été faite que dans les cas d'accidents graves. Mais n'anticipons pas, sur le chapitre suivant, nous reviendrons sur cette question, quand le moment sera venu.

Pour l'instant, il nous semble très admissible de penser que l'extension des parois utérines, non liées à la paroi abdominale, quand elle est possible et, qu'elle ne dépasse pas certaines limites, est pour quelque chose dans le développement régulier des fœtus et sur l'issue heureuse de la grossesse.

Nous avons séparé l'étude de ces trois phénomènes :

1° Rupture ; 2° Modification des adhérences ; 3° Ampliation par la paroi postérieure pour la facilité de

la description. Une seule suffirait pour amener un résultat favorable. Il nous semble pourtant que, dans la plupart des cas, ces trois circonstances n'interviennent pas seules. Nous croyons plutôt qu'elles agissent ensemble, apportant chacune leurs efforts respectifs, les combinant enfin pour un but commun.

CHAPITRE IV

Accidents causés par l'hystéropexie au point de vue de la gravidité

Nous savons que la grossesse peut évaluer normalement dans un utérus fixé à la paroi. Nous connaissons les causes qui influent sur la bonne issue de ces grossesses, il nous reste à entreprendre l'étude des accidents causés par la ventrofixation.

Voici d'abord les observations où ces accidents se sont montrés particulièrement redoutables.

OBSERVATION LX (de Gottschalk, de Berlin) (1)

Kyste de l'ovaire gauche. — Rétroversion mobile. — Hystéropexie, guérison. — Grossesse. — Avortement au troisième mois.

Il s'agit d'une femme de 28 ans, ayant eu trois grossesses antérieures, et souffrant d'un kyste intraligamentaire gauche compliqué d'une rétroflexion utérine mobile.

J'enlevai, le 10 novembre 1889, le kyste et fixai l'utérus redressé dans l'angle inférieur de la cicatrice abdominale par deux sutures de soie. J'avais évité de toucher au péritoine recouvrant l'utérus. Malgré ce défaut d'avivement, l'utérus adhéra et resta fixé à la partie abdominale.

La malade qui, avant l'opération, souffrait surtout dans la jambe gauche, et ne pouvait marcher, demeura, depuis l'opération, guérie et en bonne santé.

J'eus l'occasion de voir cette femme tous les mois et de constater son bon état. L'utérus était en antéflexion, facilement mobile ; le col était dirigé en arrière.

(1) *Cent. für Gyn.*, 21 février 1891, p. 154.

En octobre 1890, cette femme conçut. Au milieu de décembre survinrent des hémorrhagies irrégulières. Le 3 janvier au matin eut lieu l'avortement. Je dus extraire avec la main des débris de placenta et de membranes.

Je trouvai le col en arrière et en haut d'une façon telle que j'avais bien de la peine de l'atteindre avec le doigt, et qu'il se trouvait en dehors du petit bassin. Le corps utérin, augmenté de volume, et en rapport avec l'époque de la grossesse, se trouvait en antéverson et adhérent en haut à la paroi.

En vidant l'utérus, quand je palpais la paroi utérine, je remarquais une différence notable entre l'épaisseur des parois antérieure et postérieure.

Déjà, en entrant dans l'utérus, j'avais remarqué que le bord antérieur était assez épais et bien conservé, tandis que la levée postérieure était réduite à l'épaisseur d'une feuille de papier et réduite en longueur à quelques millimètres. Toute la paroi postérieure, y compris le fond, était mince, tandis que la paroi antérieure, jusqu'au point où elle adhérait à la paroi abdominale, avait une épaisseur au-dessus de la normale.

Il est encore intéressant de noter que les adhérences étaient très résistantes, quoique l'on n'eût pas avivé l'utérus.

OBSERVATION LXI (Gottschalk)

L'auteur écrit à M. Lamort, en 1894 :

« Dans mon cas, l'avortement s'est fait coup sur coup. Après ces deux avortements, je rompis, sous le chloroforme, les liens de fixation, et elle porta sa grossesse à terme. »

OBSERVATION LXII (Flaischen) (1)

Flaischen rapporte douze cas de ventrofixation, parmi lesquels il compte deux grossesses.

L'une est dans son quatrième mois.

L'autre accoucha d'un enfant mort, après un travail long et pénible. La présentation était transversale.

(1) *Zur Ventrofixatio uteri Zeitschs. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXII.

OBSERVATION LXIII (Laroyenne)

V. P..., mariée à 20 ans.

Deux enfants, une fausse couche d'un mois et demi, il y a huit mois, à la suite de laquelle elle eut une pelvipéritonite. Entrée dans le service en décembre 1892. Traitée par le repos et les topiques. Amélioration.

En juin 1893, se plaignant de vives douleurs lombaires, la marche rendue très pénible.

Examen. — Rétroflexion. Un peu d'empatement dans le cul-de-sac latéral gauche. Hystéropexie le 9 juin. Laparotomie. Déchirures d'adhérences entourant l'ovaire et la trompe à gauche. L'utérus, amené au niveau de la plaie, est fixé à la paroi par deux fils de catgut ; suites simples.

23 juin. — Guérison. Malade ne souffre pas pendant la marche. Culs-de-sac latéraux souples, annexes soulevés, non douloureux à la pression.

16 novembre. — Les résultats se maintiennent.

14 février 1894. — Revient dans le service. Dernières règles depuis le 15 janvier.

Le 12 février au soir, a été prise subitement de maux de reins et coliques dans le bas-ventre, bientôt suivies d'hémorrhagies très abondantes qui n'ont pas cessé depuis.

A l'examen, on sent, sous anesthésie, dans l'orifice cervical externe, des débris placentaires qui saignent et sont enlevés à la curette par M. Condamin.

23 février. — Sort guérie. Utérus parfaitement fixé à la paroi.

OBSERVATION LXIV (Poltowickz) (1)

Poltowickz observa trois grossesses après vingt ventrofixations.

L'une se termina par une opération césarienne.

OBSERVATION LXV (Goubaroff) (2)

Le 6 février dernier entra dans la salle d'accouchement de notre clinique une jeune femme de 23 ans, se disant en travail

(1) *Loc. cit.*, 1895.

(2) *Archives de toxicologie et de gynécologie*, novembre 1895.

depuis deux jours : ses dernières règles dataient du commencement du mois de mai : elle était donc sensiblement à terme.

D'après les cahiers d'observations de la clinique, quatre ans auparavant, elle avait été traitée ici pour une rétroversion de l'utérus, et le 2 juin, M. le professeur Küstner lui avait fait une ventrofixation. Après avoir pratiqué la laparotomie, on avait attiré l'utérus vers l'angle inférieur de la plaie, et on l'avait fixé en ce point par trois sutures au crin de Florence. L'opération avait duré un quart d'heure. Les suites en furent fort simples, et la malade quitta la clinique au mois d'août, complètement guérie.

Quand nous vîmes la malade au mois de février dernier, les douleurs avaient débuté la veille de son entrée à l'hôpital, vers sept heures.

A deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on apercevait la cicatrice d'une incision. Le ventre était distendu, principalement dans sa partie gauche ; l'ombilic était effacé. Dans la région épigastrique, surtout du côté gauche, on voyait des vergetures gravidiques récentes. La ligne blanche, ainsi que les aréoles, étaient fortement pigmentées. Les glandes mammaires étaient volumineuses ; on y percevait bien les acini, ainsi que les tubercules de Montgomery, et la pression faisait sourdre du colostrum. La température était de 37,2 ; le pouls battait 60° à la minute.

Le soir, la température restait à 37,2 ; mais le pouls tombait à 48°, sans qu'on pût trouver la cause de ce ralentissement ; les bruits du cœur étaient normaux. Le palper indiquait que l'utérus dépassait de trois travers de doigt l'ombilic. Au niveau du détroit supérieur, pas de partie fœtale. L'utérus avec son contenu restait mobile au-dessus de ce détroit. La matrice présentait la forme d'un ovoïde allongé transversalement, dont le bout aminci se trouvait dans l'hypocondre gauche.

Les contractions utérines gênaient la perception des parties fœtales. Néanmoins, on réussit à décéler, dans la fosse iliaque droite, la tête du fœtus et, au-dessus, des petites parties. D'autres petites parties étaient situées dans le bout aminci de l'ovoïde utérin, en haut et à gauche. Dans la région hypogastrique gauche, on percevait distinctement un foyer d'auscultation du cœur fœtal sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic vers le tiers externe du ligament

de Fallope. A deux travers de doigt au-dessus de la symphyse, on trouvait, en dehors de la ligne médiane et de chaque côté, les deux ligaments ronds de l'utérus fortement hypertrophiés. Sur la ligne médiane elle-même, au-dessus de l'ombilic, on pouvait sentir, sur le contour supérieur de l'utérus, une dépression. En saisissant la cicatrice abdominale, on constatait *qu'elle était fixée, sur toute son étendue* à la surface antérieure de l'utérus, et que son extrémité supérieure rejoignait la dépression que je viens de vous mentionner.

Le toucher vaginal, exercé avec deux doigts, ne donnait aucun renseignement. La portion vaginale du col était tellement haut qu'on ne réussissait même pas à l'atteindre. Après anesthésie chloroformique, l'exploration manuelle fut pratiquée et permit de reconnaître un rétrécissement du vagin au-dessus duquel était situé le col, dont l'orifice était complètement fermé. Les dimensions pelvimétriques ne révélèrent aucune anomalie du bassin osseux.

En présence de ce cas, le diagnostic qu'il convenait de porter me paraissait donc être le suivant : utérus gravide fixé en antéversion ; présentation transversale en AID de l'épaule gauche, dos en avant, la date de la grossesse remontant vers le milieu du dixième mois lunaire.

Des tentatives de version par manœuvre externe réussissent à pousser la tête vers la direction du détroit supérieur, sans pourtant l'y amener franchement. Le foyer d'auscultation se déplace pendant cette évolution fœtale et remonte un peu vers l'ombilic ; mais des contractions énergiques ramènent le fœtus dans sa position primitive. On applique alors un bandage pour fixer la tête du mieux possible, et l'on attend jusqu'au jour suivant.

Le lendemain soir, nouvelle tentative de version par manœuvre externe, qui échoue comme la précédente. Nous prenons le parti d'attendre jusqu'à la dilatation complète du col pour faire la version podalique.

Le 8 février au matin, l'état des choses ne s'est pas modifié. Les douleurs persistent, revenant toutes les dix ou quinze minutes, et revêtant le caractère tétanique. La malade n'a pas dormi de toute la nuit ; elle se plaint de céphalalgie, de somnolence ; ses urines contiennent de l'albumine. L'auscultation du cœur fœtal s'élève

jusqu'à 130 et descend jusqu'à 100 pulsations par minute. Le col reste fermé. Le toucher ramène quelques gouttes de sang colorant le mucus qui recouvre le doigt explorateur.

Nous nous décidons à faire une laparotomie, et on prépare tout pour une opération césarienne éventuelle.

A dix heures du matin, le 8 février, nous menons une incision sur la ligne médiane, au long de la cicatrice existante ; cette incision commence à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic et se termine à un travers de doigt au-dessus de la symphyse. Les adhérences utéro-pariétales sont tellement solides qu'il est impossible de les détacher avec les doigts. Tout le long de la cicatrice, on trouve sur la ligne médiane une adhérence ferme dont les attaches, à la surface antérieure de l'utérus, ont la largeur d'un travers de doigt.

L'extrémité supérieure forme une bride solide, de l'épaisseur du petit doigt, qui passe sur le fond de la matrice et se fixe sur le bord postérieur du fond, en y creusant une dépression constatée à l'examen. La section de cette bride avec les ciseaux montre, dans son épaisseur, des vaisseaux artères et veines qu'il faut pincer.

L'utérus est assez facilement ramené dans sa position normale, et on constate, au toucher vaginal, que le col, dont l'orifice externe ne donne passage qu'à la dernière phalange du doigt explorateur, est situé immédiatement au dessus du rétrécissement vaginal déjà mentionné. La surface de la paroi antérieure de l'utérus, privé de péritoine, forme une bande d'un travers de doigt de largeur. Cette surface donne lieu à une hémorrhagie qu'on ne parvient pas à arrêter par la compression à la gaze iodoformée. On se décide alors à pratiquer l'opération césarienne.

Ayant agrandi avec des ciseaux la plaie de la paroi au-dessus de l'ombilic, on réussit à faire sortir l'utérus de la cavité abdominale. La section de la paroi utérine a lieu sur la surface antérieure de l'organe, le long de la cicatrice. En haut, vers le fond de l'utérus, cette incision est dirigée vers le côté gauche, pour éviter le placenta, dont les souffles nous ont semblé plus intenses à droite et en haut, ce qui nous avait fait penser que l'arrière-faix se trouvait de ce côté ; cela fut d'ailleurs confirmé ultérieurement.

Après avoir pénétré dans la cavité de l'œuf, nous rencontrons des anses du cordon présentant une grande ressemblance avec des anses d'intestin grêle remplies de méconium. L'enfant, saisi par une de ses extrémités inférieures, est extrait rapidement. On coupe le cordon, dont le bout utérin est lié par un aide, et on met une pince à forcipressure sur le bout fœtal.

L'enfant naît en état de mort apparente, mais il est bientôt ranimé, pendant que nous faisons la suture de la plaie utérine. Le placenta et les membranes sont facilement dégagés. La cavité utérine est soigneusement lavée et essuyée. L'hémorrhagie n'a pas été abondante et a été facilement enrayée par les doigts d'un aide qui comprimait le col utérin.

Pour donner libre cours aux lochies, j'ai essayé d'introduire successivement un, puis deux doigts dans le canal cervical en les glissant du côté de la cavité utérine, ce à quoi je suis arrivé facilement. La plaie utérine a été réunie par des sutures de soie profondes et superficielles.

Après avoir fermé la plaie abdominale, j'ai introduit par le vagin les dilatateurs coniques de L. Tait, dont je me sers toujours pour faire la dilatation rapide du col ; j'ai lavé avec une solution de lysol la cavité utérine à l'aide d'une sonde de Budin. Pour assurer une bonne contraction de l'utérus, on fit un massage des parois et une injection de cornutine.

L'opération dura trente-cinq minutes.

L'enfant était une fille bien conformée. Ses dimensions et son poids montrent qu'elle est née huit jours avant terme environ.

OBSERVATION LXVI (Abel).

M. Abel avait été appelé auprès d'une secondipare qu'il trouva dans l'état suivant : le liquide amniotique était en partie écoulé : un peu de méconium avait été évacué. Le vagin était étiré en tuyau ; l'orifice utérin était très élevé et au voisinage de l'avant-dernière vertèbre lombaire. Le fond de l'utérus était immobile au voisinage de l'ombilic. L'orifice interne ne laissait pénétrer que l'extrémité de l'index, et derrière lui on trouvait le crâne du fœtus qui était logé dans l'excavation de la colonne lombaire. Les bruits

du cœur fœtal étaient faibles. M. Abel résolut de pratiquer aussitôt l'opération césarienne et fit transporter la parturiente à sa clinique où il opéra 5 heures plus tard. L'utérus ouvert, il en sortit un enfant asphyxié qu'il ne put ramener à la vie. Il fit ensuite l'ablation de l'utérus par la méthode de Porro, parce que l'utérus était uni à la paroi par des adhérences solides, et que par conséquent, une nouvelle grossesse eut ramené les mêmes accidents que les précédents. Voici qu'elle était l'origine de ces adhérences : Quelques années auparavant, un gynécologue de Berlin avait traité cette femme pour des douleurs abdominales vagues en lui faisant l'amputation du col. Les douleurs ayant reparu, la malade s'était adressée à un autre spécialiste qui constata de la rétroflexion. Ne pouvant redresser l'utérus avec un pessaire, il conseilla et pratiqua la ventro fixation. De là des accidents qui par le fait d'une grossesse subséquente, mirent les jours de cette femme en danger.

OBSERVATION LXVII (de von Guérard) (1).

Laparotomie et difficulté de l'accouchement après ventro-fixation.

Le 21 janvier de cette année, je fus mandé par un de mes collègues chez une femme ayant eu trois accouchements antérieurs et souffrant depuis 20 heures des douleurs de la parturition.

C'était une forte femme, bien musclée et arrivée au terme normal de sa grossesse.

La température était de 38°9.

Le pouls à 102.

Les dimensions du bassin étaient normales.

La poche des eaux s'était rompue il y avait 17 heures. Le dos du fœtus se sentait à gauche, les extrémités se percevaient difficilement. Les battements du cœur étaient faibles et fréquents. Au milieu de l'abdomen on apercevait la cicatrice de la laparotomie.

Au toucher, le sommet est engagé, le col est très allongé.

Elle raconte que souffrant de douleurs dans le bas-ventre, on lui fit dans l'hiver de 1891 la ventrofixation. L'opération fut bien supportée, mais les douleurs bien qu'amoindries persistèrent.

(1) *Central für gyn.*, n° 20, 16 mai 1896, p. 521.

Après avoir attendu l'expulsion pendant 2 heures, expulsion qui n'arrivait pas malgré les douleurs très vives et croissantes, la température atteignant 39°, je me décidai à chloroformer pendant que mon collègue appliquerait le forceps.

Il retira aussi un enfant vivant, mais à demi-asphyxié. Les tractions avaient été extrêmement pénibles. Pendant que mon collègue s'occupait de l'utérus, je pris soin de l'enfant. Je le nettoyai et lui fis exécuter d'énergiques mouvements, d'après le procédé de Schultzé. Il jeta alors son premier cri. Je revins à la femme et je remarquai avec terreur qu'il s'écoulait constamment du vagin un sang à aspect veineux.

L'utérus était gros, flasque et probablement rempli de sang. En pressant sur le fond de cet organe, je fis sortir le placenta avec un grand nombre de caillots. On essaya de masser l'utérus pendant qu'on y faisait des injections d'eau salée à 50°. Vains efforts ; la solide adhérence de l'utérus à la paroi abdominale rendait le massage déjà difficile ; les irrigations chaudes n'obtenaient aucun résultat ; l'épaisseur de la paroi abdominale empêchait la compression de l'aorte ; la hauteur extraordinaire de la voûte vaginale empêchait la ligature des artères utérines ; le poulx de la malade, profondément anémiée, devenait filiforme. Je me décidai donc à enlever la cause de cette atonie interne, c'est-à-dire à rompre les adhérences.

La sage-femme se chargea de l'anesthésie.

Après avoir tamponné aussi fortement que possible, le vagin, on nettoya au lysol et au sublimé la paroi abdominale et l'on plaça sous les reins de la malade un tabouret pour maintenir le bassin soulevé.

Après ouverture de la cavité abdominale, les adhérences se laissaient rompre facilement à droite sans hémorrhagie suffisante pour motiver une ligature quelconque. Mais quand on voulut détacher la partie gauche de la cicatrice.

On attire l'utérus qui fut posé couvert de gaze iodoformée sur la paroi abdominale. C'est alors que dans des irrigations à 50° salées, je pratiquai l'excision de la cicatrice. Je fus obligé pour y arriver, d'enlever un fragment de l'utérus. La portion de l'utérus dépourvue de péritoine étant assez considérable, et la portion gauche de l'uté-

rus où se trouvait l'hématome ayant été déchirée pendant le travail, sans toutefois que la cavité utérine cessa d'être une cavité, je songeai à faire une suture de l'utérus. Je plaçai dix à douze points de suture de soie ; je posai l'utérus en antéflexion forcée et on le maintint dans cette situation jusqu'à la fermeture de la paroi abdominale. L'opération avait duré en moyenne 1/4 d'heure.

On donna à la malade après l'opération, une injection de deux litres d'eau chaude avec des injections d'éther.

Huit semaines après, l'état de la malade était satisfaisant. La cicatrice abdominale est solide.

Dans cette observation, la solide adhérence de l'utérus me semble être la raison de l'extraordinaire atonie qu'a présenté cet organe. Quand j'essayais par le massage et les injections chaudes, d'éveiller les contractions utérines, j'avais très bien la sensation que l'utérus était arrêté dans sa contraction par les points d'adhérence dont la résistance le faisait demeurer flasque.

L'accouchement fut conduit en suivant rigoureusement toutes les indications. On ne peut mettre sur le compte de la précipitation cet atome et il faut avouer que ce sont les adhérences qui empêchèrent les moyens hémostatiques de réussir.

Les faits précédents nous conduisent à diviser les accidents dûs à l'hystéropexie abdominale en :

- 1° Accidents pendant la grossesse.
- 2° — pendant le travail.
- 3° — de la délivrance.

1° ACCIDENTS PENDANT LA GROSSESSE.

Ce sont : a) Des douleurs.

b) Les présentations vicieuses.

c) L'avortement et l'accouchement prématuré.

A) *Douleurs*

Les douleurs sont fréquentes pendant la grossesse après hystéropexie. Elles existent même dans les cas

les plus favorables. Les observations que nous possédons les notent 11 fois. Il est même probable qu'on verrait en augmenter le nombre si les observations avaient été toutes publiées avec tous leurs détails.

Ces douleurs siègent au niveau de la cicatrice abdominale.

Leur moment d'apparition n'est pas régulier.

Gottehalk dit à ce sujet : « Dès le quatrième mois apparaissent des troubles qu'il faut attribuer à l'expansion progressive de l'utérus, et des tiraillements douloureux qui siègent au point de fixation.

Dans une observation (VII) d'Olshausen, des douleurs ont débuté en effet au quatrième mois. Dans un autre cas de Jacobs, c'est au troisième mois aussi qu'on les a vu apparaître (obs. XXIX), etc.

Au début de la grossesse, au contraire, on a rarement observé des douleurs et ces tiraillements malgré les phénomènes sympathiques inhérent à toute grossesse même les plus régulières ; ces tiraillements douloureux ainsi que leur moment d'apparition sont faciles à expliquer. Ils résultent évidemment de l'expansion utérine et des tractions exercées sur la cicatrice, et si les faits cliniques démontrent que les malaises n'existaient pas pendant les premiers mois, c'est que pendant cette période l'utérus se développait peu. On sait, en effet, que le fond de l'utérus non gravide ne déborde pas le pubis et que ce n'est qu'à la fin du deuxième mois que l'utérus déborde la symphyse d'un travers de doigt, à cette époque il est piriforme, gros comme une mandarine, sa capacité s'accroît surtout à ce moment grâce à ce que les parois antérieures et postérieures de planes

qu'elles étaient deviennent presque demi-cylindriques. Il en résulte qu'elles s'écartent l'une de l'autre et s'unissent avec les bords.

Mais au troisième mois, au quatrième surtout, l'utérus devient sphérique, et l'accroissement se fait par le fond de l'utérus. Dès cet instant l'expansion est rapide et voilà pourquoi surviennent seulement à cette époque les douleurs si fréquentes à partir du troisième ou quatrième mois.

B) *Présentations vicieuses.*

Il n'y a rien d'étonnant que dans un utérus fixé à la paroi et limité dans sa libre expansion ne détermine des présentations vicieuses.

En effet, pendant les premiers mois d'une grossesse normale, le fœtus est très mobile dans la cavité utérine et a une attitude variable, le moindre choc suffit à le faire déplacer. Au fur et à mesure qu'il se développe, il se meut avec moins de facilité et tend à s'y accommoder, et à garder enfin une position dernière, normale et physiologique. Mais dans un utérus fixé à la paroi, c'est-à-dire dans un utérus qui n'a plus toujours sa forme habituelle, qui occupe une position plus ou moins oblique, il y a bien des chances que le fœtus prenne une fausse situation et qu'il la garde parce que l'utérus entrave les phénomènes physiologiques ordinaires de l'accommodation et ne facilite pas l'évolution normale et libre du fœtus.

Voici sur ce fait des observations très probantes. C'est un sommet qui ne parvient pas à s'engager et qui oblige l'accouchement par la version (Obs. VIII).

C'est une tête qui ne s'engage qu'après dilatation complète.

Ce sont surtout des présentations transversales (Obs. LIX, XXXV), présentations amenant parfois la mort du fœtus (Obs. LXII).

Ces présentations sont donc relativement fréquentes l'on a pu se rendre compte en lisant les observations indiquées comme elles sont défavorables pour la mère comme pour l'enfant.

C) *Avortement, accouchement prématuré.*

Une grossesse après fixation de l'utérus étant acquise, l'avortement disait Küstner est inévitable. Gottschalk devint pour la même raison un ennemi de l'hystéropexie pendant la période génitale de la femme. Les cas observés par cet auteur avaient tous été suivis d'avortements.

En 1893, Gaulard, de Liège (Lamort, *loc. cit.*), pense que l'avortement doit être la conséquence fréquente de l'hystéropexie. Les grossesses normales seraient dans ce cas l'exception.

C'est là évidemment une exagération contre laquelle les faits cliniques s'élèvent avec éloquence. Pourtant il est vrai de dire que très souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré sont la conséquence de l'hystéropexie.

Nos observations mentionnent trois cas d'accouchement prématuré et dix fois l'avortement, sur soixante-sept cas si on retranche de ce nombre deux cas qui semblent avoir été consécutifs à un traumatisme ou à un effort, on voit que la proportion des avortements imputable à l'hystéropexie est encore forte.

L'époque de la grossesse où l'avortement est le plus fréquent, est fort variable comme aussi les causes de cet avortement. Les auteurs l'ont surtout attribué à l'impossibilité d'expansion utérine due à la présence des adhérences.

L'avortement peut se produire tout au début de la grossesse comme on peut s'en rendre compte en lisant les observations XXIV (de Winiwarter) et XXXVIII (Laroyenne).

Il est bien difficile de déterminer la part qui revient à la ventrofixation dans ces avortements à une époque si peu avancée de la grossesse ; il est tant d'influences qui pourraient le provoquer. L'on croit en trouver la cause dans une mauvaise implantation de l'ovule fécondé. On sait que l'ovule fécondé lorsqu'il arrive dans l'utérus pour s'y fixer trouve normalement une cavité virtuelle. L'agrandissement même de la cavité intra-utérine, comme cela peut arriver chez les multipares, doit même être considéré suivant le professeur Fochier comme une cause favorisant l'ectopie de l'œuf et par suite son insertion vicieuse.

La cavité utérine dont le fond est fixé à la paroi abdominale et qui se trouve ainsi étirée, aplatie, entr'ouverte par suite d'une sorte de déplissement ne pourra pas présenter une surface convenable à l'insertion ovulaire.

Pourtant la proportion des avortements au début n'est pas assez considérable pour qu'on puisse accepter cette manière de voir sans restrictions, à moins que bien des avortements soient passés inaperçus

chez les hystéropexiées, n'ayant pas eu de grossesses ultérieures.

Par contre l'influence de la ventrofixation est beaucoup plus manifeste dans l'observation XXIX (de Sanger). La malade avait éprouvé dès le début des tiraillements douloureux, des hémorrhagies, son médecin traitant constatait que l'utérus ne se développait pas normalement et la maintenait au lit.

A six mois elle accoucha d'un fœtus mort présentant les dimensions d'un fœtus de trois mois. Cet avortement n'a rien qui puisse étonner si l'on veut bien être attentif à ceci que l'utérus avait été fixé comme Sanger l'indique lui-même par trois sutures posées de chaque côté, au niveau de l'insertion des ligaments larges. Ces sutures immobilisant toute la paroi antérieure une partie du fond et des parois latérales. Dans le cas présent, l'utérus ne triompha des adhérences que dans une deuxième grossesse qui fut normale.

Les cas (Obs. LX) de Gottschalk ne sont pas moins intéressants. Ici ce furent deux avortements qui eurent lieu successivement. La malade en question avait eu trois grossesses antérieures normales. Dès qu'elle conçut après l'hystéropexie elle eut coup sur coup deux fausses couches. Il faut bien ici se rendre à l'évidence puisque Gottschalk après le dernier avortement fit anesthésier la malade et rompit les adhérences, la femme conçut et put mener à terme la grossesse. Ici encore le mode de fixation avait été très solide puisque la méthode de Gottschalk consiste à fixer le fond à l'angle inférieur de la place par deux points de suture.

De plus cette observation montre avec évidence que la paroi postérieure de l'utérus avait pris sur elle de fournir le tissu nécessaire à l'ampliation, car en introduisant sa main dans l'utérus, l'auteur put constater que toute la paroi postérieure était mince comme une feuille de papier, tandis que la paroi antérieure avait une épaisseur au-dessous de la normale.

L'avortement après hystéropexie semble donc résulter de la difficulté d'expansion utérine due au tiraillement exercé par les adhérences et c'est le cas de répéter le mot de Küstner de Dorpat : « Après la ventrofixation, l'opérée avorte à cause des adhérences créées à la région abdominale antérieure, tandis qu'au-paravant l'avortement était la conséquence des adhérences contractées par l'utérus en arrière. »

Accidents pendant le travail.

Pendant le travail, l'hystéropésie est souvent une cause :

- 1° De dystocie ;
- 2° De rupture utérine.

On sait que l'un des principaux caractères de la contraction utérine est d'être totale c'est-à-dire qu'au moment du travail, le muscle utérin tout entier se contracte de telle sorte que chaque fibre contribue pour elle-même à la production d'une force. La somme de ces forces amènera l'expulsion du fœtus.

A priori, il ne peut en être de même dans l'utérus fixé à la paroi ; on en comprend facilement la raison. La partie adhérente tirillée par la cicatrice ne peut se contracter comme elle ferait à l'état normal et les

autres parois ont la charge entière de la contraction. Cet état de chose peut amener, soit la lenteur dans le travail par absence de contraction, soit, au contraire, une exaltation des forces expulsives pouvant dans certains cas produire des contractions tétaniques de l'organe gestateur.

On a noté la lenteur du travail par absence de contraction. Sænger (Obs. XXX) l'a observé une fois. Il fut obligé dans ce cas de faire la version. Le fœtus était mort en naissant. La particularité la plus remarquable dans cet accouchement fût l'absence complète de contractions. Vu le ralentissement prononcé des contractions dans cette circonstance, Sænger pense que la ventrofixation avait plutôt une influence paralysante, qu'une influence existante.

Flaischen (Obs. LXII) semble avoir rencontré un fait semblable. L'observation que nous n'avons pu publier en entier, fait seulement mention d'un travail lent et pénible avec présentation transversale.

De même la malade de Laroyenne, cette femme eût de telles contractions que le travail fut terminé en deux heures. C'était pourtant une primipare.

En réalité l'hystéropéxie produit plutôt l'exaltation des forces expulsives.

Sperling (Obs. XVII) parle d'une femme qui présente des contractions extrêmement fortes et rapides. Il ne semble cette fois en être résulté des dangers bien sérieux ; l'enfant naquit régulièrement et fut vigoureux.

Mais voici une observation bien instructive de Milænder (Obs. LIX). Les douleurs étaient si espacées, si peu intenses que l'on dut songer à dilater l'orifice

utérin à l'aide d'un Champetier, pour mettre un terme à l'écoulement du liquide amniotique, car la poche des eaux s'était rompue pendant la nuit. Le ballon n'ayant pas resté en place, on dut pratiquer la dilatation avec la main et agrandir l'orifice utérin sans anesthésie préalable. La version peut être ainsi effectuée mais avec de grandes difficultés pour le passage de la tête dernière.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, car voici Léopold (Obs. XXIII) qui assiste une femme hystéropexiée ayant des contractions très fortes, rapides, très douloureuses, ayant causé la rupture prématurée de la poche des eaux. Pendant ces contractions, la cicatrice ombilicale se déprimait un niveau de son tiers inférieur, on sentait deux cordons courts et solides qui se dirigeaient vers l'utérus. La conséquence fut le ralentissement des battements du fœtus et l'obligation pressante d'appliquer le forceps pour terminer rapidement l'accouchement.

Nous trouvons encore relaté ce phénomène de dépression de la paroi et de tiraillement au niveau de la cicatrice pendant l'expulsion dans l'observation XII, de Pinard, avec cette particularité qu'aucune accommodation pelvienne ne se fit, l'utérus ne descend à aucun moment dans l'excavation, et l'on dut fixer le fœtus à l'aide d'une ceinture Eutocique.

Von-Guérard (Obs. LXVII) a observé également dans son cas des douleurs d'expulsion très vives, continues, ne laissant à la malade aucun répit. La température atteignait même 39°, il fallut pour la délivrer appliquer le forceps et les tractions furent extrême-

ment pénibles : quant à l'enfant il fallut activement le ranimer.

C'est surtout dans l'observation de Gaubaroff (Obst LXV) qu'apparaît nettement ce danger des contractions continuelles, qui fatigue sans espoir la parturiente avec tendance à prendre un caractère tétanique comme après l'ingestion intempestive d'ergot de seigle.

Les efforts tentés pour transformer la présentation vicieuse du fœtus, étaient demeurés vains parce que l'énergie des contractions ramenaient sans cesse le fœtus à sa position primitive et, avec cela, impossibilité complète de pratiquer la version par manœuvres internes, parce que malgré plusieurs jours de travail, le col ne parvenait pas à acquérir la dilatation suffisante. Dans de telles conditions l'état général de la femme s'aggravant, Goubaroff se trouvait dans l'alternative de la voir s'affaiblir progressivement, de la perdre peut-être, et à coup sûr le fœtus, on dut tenter une opération suprême, l'opération césarienne.

Inutile de redire ici les péripéties de cette intervention si éloquemment racontée dans l'observation que nous avons reproduite.

Contentons-nous de rapprocher encore de ce cas, celui de Poltovitz (Obs. LXIV) qui se vit forcé de terminer l'accouchement par l'ouverture de l'utérus gravide, et celui d'Abel obligé de tenter la même opération.

Nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur le cas de Poltovitz pour essayer de le discuter, mais il y a intérêt à nous arrêter un peu à celui de Goubaroff et à celui d'Abel.

Il est, en effet, évident qu'une même cause, les adhérences utéro-abdominales, produisait la présentation vicieuse du fœtus et la tétanisation de l'organe gestateur et, malgré d'intolérables douleurs, la dilatation ne se complétait pas faute de présentation fœtale. C'était là un cercle vicieux, laisser se terminer cet accouchement par les forces de la nature eut été insensé. Il était impossible de songer à faire la dilatation forcée puisque le col ne pouvait être atteint. Il était certain aussi que les adhérences qui retenaient l'utérus à la paroi ne pouvaient céder. D'ailleurs eut-on réussi à dilater le col qu'il était peut-être de la dernière imprudence d'introduire la main dans un utérus dont on devait supposer la paroi postérieure considérablement amincie.

Rompre les adhérences, tel était, en résumé, la ligne de conduite logique que devait se proposer l'opérateur. Mais deux manières de procéder, nous dit Goubaroff, se présentaient à l'esprit : ou bien pratiquer une légère incision abdominale, y introduire la main ou les doigts, ou encore un instrument mousse et décoller les adhérences. Puis attendre que l'utérus ainsi libéré expulsa le produit de la conception.

Mais il y avait des ombres à cette méthode, c'était d'abord l'hémorrhagie primitive ou secondaire toujours à craindre dans des organes modifiés par la gestation ; c'était la manipulation aveugle, et les dangers d'une rupture utérine.

Évidemment ce mode d'intervention, malgré son apparente simplicité, ne pouvait convenir. Mieux valait ouvrir largement la cavité péritonéale, mettre à nu les adhérences, les disséquer, pincer les vaisseaux

s'ils saignaient fort et laisser l'utérus faire le reste. Attendre que le travail se déclarât. Mais alors comment traiter la plaie abdominale ? comment se comportera cette plaie au moment des douleurs ?

Était-il surtout prudent de laisser le fœtus, dont les battements étaient déjà faibles, courir encore les risques de cette attente ?

L'opération césarienne découlait donc de ces diverses considérations. La suite devait pleinement légitimer cette intervention.

Cette laparotomie devait encore prouver que les adhérences étaient entièrement solides, très vascularisées et semblait pleinement confirmer l'idée de Greg-Smidt, car dans ces cas la surface séreuse avait été mise en contact direct avec la plaie abdominale lors de la première opération, c'était donc une suture de séreuse à tissus fibreux comme l'exprime le chirurgien anglais.

Dans le cours de ces diverses considérations nous n'avons pas fait mention d'un état anatomique fréquemment constaté. C'est la situation entièrement élevée, parfois inaccessible au doigt de la portion vaginale du col. Ce fait est déjà signalé dans Olshausen (Obs. VII), le col était si élevé que même sous le chloroforme on ne pouvait l'atteindre avec la main, on se rappelle que dans ce cas il n'y avait pas d'engagement et que l'on dût pratiquer la version.

Milæder signale aussi ce fait chez une de ces opérées, le col était très haut, fixé au promontoire, la paroi postérieure du vagin était tendue et la voûte vaginale disparue.

Cette fois pourtant l'opérateur fut assez heureux

pour arriver à dilater artificiellement le col et parvenir à faire la version.

Gottschalk cite encore un fait de ce genre, le col se trouvait ici en dehors du petit bassin.

Le cas de Goubaroff est plein d'enseignement à cet égard. Ici, la situation du col contribue pour une grande part à décider l'opération césarienne. C'est, en effet, l'impossibilité complète d'introduire un ballon dilatateur qui légitime l'intervention périlleuse que nous connaissons.

Nous allons retrouver encore cette disposition élevée du col dans le cas d'Abel. Le col était tellement haut qu'il en résultait un tiraillement considérable du vagin. « Le vagin était étiré, l'orifice utérin était très élevé et au voisinage de l'avant dernière vertèbre lombaire ; cet orifice ne laissant pénétrer que l'extrémité de l'index, les bruits du cœur fœtal étaient faibles. » M. Abel fit l'opération césarienne et tira de l'utérus un enfant asphyxié qui ne put être ramené à la vie.

Cette observation se complique encore d'une intervention plus radicale. Nous voulons parler de l'ablation de l'utérus par la méthode de Porro.

Peut-être y aurait-il à dire contre cette dernière mesure qui nous semble exagérée, et la justification de cette amputation utérine nous semble loin d'être évidente.

Il nous aurait paru plus sage, après l'opération césarienne, de laisser l'utérus en place au risque de voir reprendre une position vicieuse.

Une rétroflexion d'un utérus mobile étant un accident généralement sans gravité, il nous semble

intempestif d'y remédier par une opération comme celle qui a été pratiquée.

2° Rupture utérine.

Nous aurons complètement épuisé cette nomenclature des accidents du travail, quand nous aurons signalé un accident particulièrement grave, dont Guérard rapporte un exemple. La rupture de l'utérus.

La cause doit en être uniquement rapportée aux contractions continuelles du travail. Cette tétanisation de l'organe avait amené la production d'une rupture incomplète, heureusement, et qui ne faisait pas communiquer la cavité péritonéale avec la cavité utérine, mais suffisante, toutefois, pour mener un épanchement sanguin considérable, collecté à gauche de la cicatrice.

M. Guérard sut faire la suture de cette portion de l'utérus, et put constater qu'il s'en fallait de très peu que la rupture ne fut complète. Il est facile de comprendre l'écartement d'un organe aminci comme l'est l'utérus au dernier mois de la gestation, d'autant plus tendu, dans les cas qui nous occupent, que la paroi postérieure est seule à fournir l'étoffe nécessaire à l'amplitude physiologique de l'organe.

Accidents de la délivrance.

Ce sont les rétentions de l'arrière fait et des hémorrhagies par inertie.

A) Rétention de l'arrière fait.

Nous avons insisté plus haut sur l'influence de la situation anormale de l'utérus créée par la ventrofixa-

tion pour expliquer la tendance des présentations vicieuses. L'influence sur l'insertion du placenta est la même et s'explique de la même façon « un fond d'utérus fixé à la paroi abdominale, dit Lamort, ne peut pas présenter une surface convenable à l'insertion placentaire, et l'on court le risque de voir se développer un placenta irrégulier et d'un volume qui pourra n'être qu'à peine suffisant à la nutrition fœtale, car le bourgeon allantoïdien venant s'épanouir par exemple dans le cul-de-sac formé par la traction des adhérences utero-pariétales, n'y pourra pas s'étendre jusqu'à atteindre les dimensions placentaires normales : ou bien le placenta pourra contracter des adhérences anormales ; enfin il pourra se détacher prématurément par un défaut de rapport entre l'extensibilité placentaire et l'ampliation utérine.

De toutes ces propositions, nous voulons, avant de parler de la rétention du placenta et des membranes, retenir cette dernière parce qu'elle est susceptible de nous expliquer les hémorrhagies qui se produisent dans certains cas dans le courant de la grossesse et avant tout début de travail. Nous avons vu ces hémorrhagies se produire deux fois pendant la gestation ; elles nécessitent le repos complet au lit et parfois se sont ainsi arrêtées. Peut-être jouent-elles aussi un certain rôle dans la production des avortements, mais c'est là une hypothèse qu'aucune constatation sérieuse ne nous permet d'affirmer.

Lamort pense également que dans les premiers temps du travail, sous l'influence des mauvaises conditions de contraction, le placenta peut se détacher partiellement et donner des hémorrhagies d'autant

plus difficiles à arrêter que le fœtus n'est pas encore expulsé.

Ces quelques considérations étant faites, demandons-nous si le placenta et les membranes sont susceptibles de demeurer retenus dans la cavité utérine.

En théorie, oui; mais c'est là un accident peu fréquent. Si nous voulons nous baser sur nos observations nous n'en trouvons qu'un cas. C'est le cas de cette malade de Gottschalk (obs. LXVI), qui fut prise d'hémorrhagie sans causes connues et avorta quinze jours après.

L'arrière fait ne fut pas expulsé et le professeur de Berlin dut lui-même introduire sa main dans l'utérus, c'est dans cette circonstance qu'il put se rendre compte, comme nous l'avons rapporté plus haut de la minceur extraordinaire de la paroi postérieure, tandis que la face antérieure de l'utérus avait conservé toute son épaisseur. Si l'on songe qu'il s'agissait là d'un avortement de trois mois à peu près, il est permis de se demander ce qu'il serait advenu si la grossesse avait continué son évolution. Probablement une rupture utérine eut été imminente sinon pendant la grossesse, du moins au moment du travail. Dans ce cas de rétention d'arrière fait, jusqu'à quel point faut-il incriminer la ventrofixation? C'est là un problème difficile à résoudre.

Les utérus hystéropexiés ne sont pas les seuls auxquels revient le dangereux privilège des rétentions placentaires. Pourtant on peut soutenir avec quelque raison que le placenta peut dans un utérus fixé à la paroi contracter des adhérences anormales qui le retiennent après l'expulsion, ou bien que le placenta

s'il est inséré au niveau du fond de l'utérus formant cul de sac, sera retenu comme dans l'insertion au niveau d'une corne utérine, d'un développement congénital anormal.

Nous n'examinerons pas les complications possibles pouvant résulter de ces rétentions placentaires, ce sont celles de cet accident en général : l'hémorrhagie et l'infection. Nous n'avons pas connaissance que ces complications se soient produites, en tous cas il est logique de penser qu'elles peuvent survenir et prudent d'y songer pour y parer au besoin.

Hémorrhagie par inertie.

En attirant plus haut l'attention sur les hémorrhagies rencontrées pendant la grossesse, pendant le travail, et aussi après rétention placentaire, nous avons omis avec intention de mentionner une classe à part d'hémorrhagies. Ce sont celles qui se produisent par l'inertie de l'organe gestateur fixé à la paroi. En général, dans un accouchement normal, après la délivrance, l'utérus revient sur lui-même, se rétracte et empêche ainsi le sang de s'écouler par les vaisseaux béants de la plaie placentaire.

Quand l'utérus semble avoir épuisé toute son énergie et ne peut se rétracter sur lui-même, il y a inertie utérine et par suite hémorrhagie. L'inertie utérine et l'hémorrhagie sont des complications très fréquentes de la grossesse après ventrofixation.

La cause de cette inertie est double. Elle siège d'abord dans l'épuisement de l'organe fatigué, par les contractions anormales et exagérées de l'expulsion fœtale. Elle siège en outre dans les adhérences utéro-

pariétales qui viennent à présent gêner la rétractilité; comme elles ont jadis entravé la contractilité, et cela parce que la rétractilité bien que propriété différente de la contractilité a pourtant avec cette dernière des rapports intimes.

On rencontre fréquemment l'inertie chez les hystéropéxiés.

C'est parfois une inertie peu redoutable, donnant naissance à un écoulement sanguin, peu abondant, susceptible d'être combattu par les moyens ordinaires. C'est souvent une inertie invincible amenant des pertes considérables et mettant le chirurgien dans l'obligation d'intervenir d'une façon radicale.

Il ne faut pas trop compter ici sur des cas simples comme celui de Bar (obs. XLII) qui vit une légère hémorrhagie se déclarer après la délivrance et qui en vint facilement à bout par les moyens ordinaires, frictions, injections chaudes, etc.

Winiwarter dans un cas semblable vit rapidement l'hémorrhagie s'arrêter et l'involution utérine se faire rapidement.

Sperling (obs. XVIII) fut moins heureux et ne vit l'utérus se contracter et arrêter l'écoulement sanguin que quarante minutes après l'expulsion lorsque le placenta fut enfin extrait.

Le cas de von Guérard mérite d'être médité avec soin. L'hémorrhagie avait commencé immédiatement après l'extraction du placenta au moyen de pressions sur le fond de l'utérus. Pour modérer l'écoulement, la thérapeutique habituelle; massages, injections, ergotine étaient demeurées vaines. Il était impossible en considération de la hauteur de l'utérus

de lier les artères utérines. Il fallait agir rapidement et songer à enlever la cause même de l'atonie, c'est-à-dire les adhérences.

On fit la laparatomie et pour déchirer les adhérences, il fallut enlever une portion du muscle utérin. Ce fut au prix d'une laparatomie que la patiente fut sauvée. Dans cette observation, le travail avait été conduit selon toutes les indications, il fallait à n'en pas douter accuser les adhérences d'arrêter la contraction utérine. La suite prouva que l'opérateur avait pensé juste puisque l'utérus se rétracte après la rupture des adhérences.

Tels sont les accidents imputables à l'hystéropexie.

Ils sont moins fréquents que les cas heureux sans doute, mais assez cependant pour faire hésiter le chirurgien. Nous verrons du reste au chapitre du traitement ce que nous devons conclure à ce sujet. Il nous faudrait pour être complet considérer les résultats de l'opération post-partum, rechercher si l'utérus reste en position régulière après l'accouchement mais ce serait sortir de notre sujet.

Notre intention n'est pas de juger la valeur de l'hystéropexie comme moyen de contention de l'utérus mais au point de vue seul de la grossesse.

Du reste cette question est très savamment traitée dans la thèse de Léon, et nous ne saurions écrire mieux que lui.

CHAPITRE V

Parallèle entre l'hystéropexie et les deux autres méthodes de fixation de l'utérus (Alquié-Alexander Vaginofixation).

Nous avons pensé qu'il n'était pas hors de notre sujet et qu'il y aurait même intérêt pour l'éclairer à comparer entre eux les résultats obtenus, au point de vue de la gravidité, par l'opération d'Alexander et par la vagino-fixation, méthodes qui se proposent le même but que l'hystéropexie.

Nous donnerons un court exposé de leur influence sur la grossesse en nous inspirant des thèses de Maurique, de Baudouin et de Lamort, ainsi que du travail de Rivière.

A. — Opération d'Alquié-Alexander et grossesse.

La première observation de grossesse survenant après raccourcissement des ligaments ronds appartient à Alexander lui-même

Maurique (*Etude sur l'opération d'Alexander*, thèse de Paris, 1886, p. 143) la résume comme il suit :

OBSERVATION I (d'Alexander).

Rétroversion de l'utérus. — Accidents réflexes consécutifs. — Raccourcissement des ligaments ronds. — Grossesse consécutive.

Cette malade fut opérée le 16 mars 1881. Elle devint enceinte dans les premiers mois de 1882. Sa grossesse fut absolument normale. Elle se présente à sa clinique en 1883. Sa grossesse était

alors à cette époque arrivée au 3^e ou au 4^e mois et il n'y avait eu aucun accident jusqu'à cette époque. Elle accoucha d'un enfant bien portant pendant l'hiver de 1883. Elle a été assistée par une sage-femme qui n'a constaté aucun phénomène anormal pendant le travail. Depuis elle accoucha une fois, l'utérus restant en place.

Quelques temps après la publication d'Alexandre Imlach fit le raccourcissement des ligaments larges chez une femme de 29 ans, déjà mère de six enfants. Celle-ci devint enceinte et en février 1885, accoucha à terme d'un enfant vivant, mais en présentation transversale. La grossesse ne s'était accompagnée d'aucun accident. Après l'accouchement, on put constater chez la malade que l'utérus avait conservé sa position normale.

Dans une seconde opération, la grossesse et l'accouchement furent absolument normaux.

Trois autres opérées de Imlach étaient enceintes au moment de la publication de son mémoire dans l'*Edinburg Méd. Journal* ; mais l'auteur n'a pas publié les résultats définitifs.

Dans un autre mémoire, Alexander plus récemment (*British méd. journal*, février 1891), fait mention de six autres grossesses survenues après raccourcissement des ligaments ronds et toutes heureusement terminées.

Nous donnons le résumé de ces observations :

OBSERVATION II (d'Alexander).

A. . . , 38 ans ; pas de grossesse, quoique mariée depuis 7 ans. Opération le 7 janvier 1887. Grossesse en juillet 1888, absolument normale. Accouchement à terme et normal ; mais douleurs d'expulsion lentes ; *forceps nécessaire*. Utérus resté en bonne position.

OBSERVATION III (d'Alexander).

R. . . , 36 ans, une grossesse, depuis souffrances intenses. Opération le 21 janvier 1886. Grossesse en 1888, pendant laquelle douleurs aiguës au niveau des incisions cutanées. Accouchement normal, mais *travail très laborieux et hémorrhagie*.

OBSERVATION IV (d'Alexander)

S..., 28 ans, rétroflexion douloureuse après une grossesse remontant à trois ans.

Opération en novembre 1886.

Accouchement à terme le 1^{er} février 1888.

Fortes douleurs au commencement du 8^e mois, mais aucun autre symptôme et accouchement heureux.

OBSERVATION V (d'Alexander).

D..., 32 ans. Dernier accouchement en octobre 1883. Rétroflexion avec réflexes nerveux. Opération en février 1883. Accouchement normal à terme en avril 1889.

OBSERVATION VI (d'Alexander).

R..., 28 ans, deux grossesses antérieures. Opération le 1^{er} octobre 1888. Aux premiers jours de 1890, douleurs intenses dans les côtés pendant les derniers mois de la grossesse ; accouchement à terme et normal.

OBSERVATION VII (d'Alexander).

B..., 32 ans. Une grossesse antérieure. Opération le 13 septembre 1888. Accouchement à terme le 20 mars 1890. Marche du travail satisfaisante.

Voici maintenant trois opérations de Newman, dont deux suivies de succès pour la marche et la terminaison de la grossesse.

OBSERVATION I (de Newmann).

T..., 23 ans, une grossesse et deux fausses couches antérieures ; prolapsus utérin ; constante sensation de tiraillements ; symptômes réflexes considérables.

Opérée le 24 avril 1888. L'utérus conserva une excellente position. Son état resta satisfaisant malgré ses occupations fatigantes.

En avril 1889, à trois mois de grossesse, après les surmenages d'un déménagement, fausse couche. Guérison sans retour des douleurs pelviennes antérieures.

OBSERVATION II (de Newmann).

X..., 35 ans, huit grossesses et deux avortements ; rétroflexion utérine avec quelques adhérences pelviennes.

Opérée le 31 mai 1888 ; grande difficulté pour trouver les ligaments ; utérus en bonne place, mais douleurs très vives par le fait de la tension exercée sur les vieilles adhérences dues à la pelvi-péritonite antérieure à l'opération. Grossesse dans la suite, amenant du soulagement de tous les symptômes.

Accouchement normal, à terme et sans difficulté d'un bel enfant.

Depuis état excellent de la femme qui peut vaquer à ses occupations sans douleur.

OBSERVATION III (de Newmann)

M^{me} S..., 27 ans, tripaire ; rétroversion et prolapsus ovarien ; col et périnée déchirés ; trachelorrhaphie et périnéorrhaphie en juin 1888.

Le 11 septembre, opération d'Alexander ; raccourcissement de 4 pouces.

A son départ, utérus et ovaire en bonne position.

Devient grosse en mars 1889. Grossesse, travail et suites de couches normaux.

Deuxième grossesse normale jusqu'au moment du rapport.

Il nous faut encore joindre à ces observations un cas de Rivière et une observation inédite du professeur A. Hergott.

OBSERVATION (Rivière) (1)

Raccourcissement d'un seul ligament rond. — Grossesse pénible. — Accouchement à terme, mais non absolument normal.

Marie B..., 27 ans, modiste, de bonne santé habituelle, a d'abord eu, il y a huit ans, six ans et trois ans, trois grossesses normales,

(1) *Archives de toxicologie et de gynécologie*, octobre 1892, p. 779.

suivies toutes trois d'accouchements réguliers ; les suites de couches n'ont été suivies par aucun accident.

Il y a vingt-deux mois (février 1890) survient une quatrième grossesse, normale aussi, accouchement, par le siège, d'un enfant vivant. Malgré les conseils qui lui sont donnés, elle se lève au dixième jour, et reprend dès lors toutes ses occupations.

Mais bientôt elle éprouve dans le ventre des douleurs vives, exagérées par les moindres mouvements ; les pertes deviennent abondantes et purulentes ; la marche exagère les douleurs et devient bientôt à peu près impossible. L'état général, à son tour, est mauvais.

Elle entre à l'hôpital en août 1890. On constate une rétroversion utérine marquée, avec endométrite purulente.

Sous l'influence du repos qui est prescrit et d'un traitement vaginal antiseptique, les phénomènes douloureux s'atténuent pour se reproduire du reste, dès que la patiente essaie de marcher.

En septembre 1890, le chirurgien pratique le curettage de l'utérus et fait une tentative de raccourcissement des ligaments ronds.

Le ligament rond du côté droit, en effet, ne peut être découvert ; celui du côté gauche est mis à nu et fortement raccourci ; mais au moment où il va être fixé, il se rompt. On en reprend cependant les débris, qui sont suturés aux piliers et aux parties molles.

Marie B... quitte l'hôpital quinze jours après l'opération. Elle éprouve tout d'abord quelques tiraillements dans l'aîne gauche ; mais bientôt tous ces troubles disparaissent, et sa santé devient très bonne.

Dernières règles, du 14 au 18 janvier 1891, moins abondantes et de moindre durée qu'habituellement ; la grossesse remonte probablement aux jours qui ont précédé l'apparition menstruelle.

Dès le deuxième mois de la grossesse, la marche devient pénible, par suite de douleurs dans le bas-ventre, douleurs surtout marquées à gauche et assez vives pour obliger la patiente à se mettre dans la position horizontale plusieurs fois dans la journée.

Le ventre incliné à gauche est plus saillant en avant que dans les autres grossesses.

Elle entre à la clinique le 12 octobre 1891. L'examen donne les renseignements suivants :

Ventre en obusier incliné à gauche ; le palper douloureux, surtout à gauche, ne permet pas d'explorer avec soin la région, ni de percevoir le ligament rond de ce côté. La tête obliquement placée au-dessus du détroit supérieur, est mobile et orientée en O I G T. Au toucher, l'utérus est maintenu haut ; la tête difficilement accessible, n'est pas amorcée au détroit supérieur, elle est facilement soulevée par le doigt explorateur.

Début du travail le 16 à minuit. La tête à ce moment est encore mobile au-dessus du détroit supérieur. Bientôt la dilatation est complète ; mais pendant toute la durée de la dilatation, la poche des eaux avait été très saillante et très volumineuse au point d'empêcher le doigt d'arriver jusque sur la présentation.

Ce n'est qu'après dilatation complète et rupture des membranes que la tête finit par s'engager en O I G A.

Expulsion rapide d'un fœtus de 2.350 gr. Suites de couches normales.

Il faut remarquer ici que si la tête ne put s'engager qu'à une période avancée du travail, si la poche des eaux prit la forme en boudin comme elle le fait dans les présentations vicieuses, ce n'est point l'opération d'Alquié-Alexander qu'il faut incriminer, mais bien le fait du raccourcissement d'un seul ligament rond. Ce raccourcissement unilatéral eut pour résultat, en effet, de provoquer une obliquité utérine exagérée et l'on sait ce qu'il advient lorsque dans une grossesse ordinaire, le développement de l'utérus est irrégulier, lorsqu'on a eu un mot de l'obliquité utérine. La tête, trop obliquement dirigée sur l'orifice du détroit supérieur, accommode mal ses diamètres à ceux du bassin et n'arrive qu'à s'engager sous l'action des puissantes contractions du travail.

Et comme l'engagement fut tardif, la poche des eaux eut le temps de s'allonger dans le col et de prendre la forme en boudin.

Il nous reste à donner connaissance de l'observation inédite que M. le professeur A. Herrgott a bien voulu nous autoriser à publier.

OBSERVATION INÉDITE DU P^r A. HERRGOTT

C'est une femme de 30 ans, anémique et délicate et d'un tempérament extrêmement nerveux.

Réglée à 14 ans pour la première fois. Elle est régulière jusqu'à 17 ans. A partir de ce moment, la menstruation n'est plus régulière. L'écoulement peu abondant durait cinq jours.

A 18 ans, douleur dans l'abdomen, leucorrhée.

En 1890, on constate une rétroversion très prononcée, mais sans adhérences. Curettage et opération d'Alexander (17 février 1890).

La malade devient enceinte dans le mois de juillet 1890. La fin des dernières règles remonte au 7 juillet.

Au début de la grossesse, vomissements bilieux et constipation opiniâtre.

Vers les derniers mois, palpitations. Douleurs sciatiques et crampes. Leucorrhée abondante. Douleur intense dans le ventre exagérée au niveau de la cicatrice.

Le 7^e mois, elle fait une chute qui n'interrompt pas la grossesse.

A son entrée à la Maternité, on constate une dilatation comme une pièce de 5 fr. et les signes d'une présentation en O I D P. La tête est engagée; les bruits fœtaux s'entendent à droite. Au moment de la rupture des membranes le liquide amniotique est vert.

La malade entre à midi et la dilatation est complète à 3 heures de l'après-midi.

A 3 heures 1/2, la rotation est accomplie; mais, les bruits du cœur fœtal sont ralentis. A 4 heures, on fait une application de forceps.

La délivrance et les suites de couches furent entièrement normales.

Inutile de multiplier davantage les observations que Lamort a rapporté nombreuses dans sa thèse.

Si l'on veut jeter les yeux sur le tableau suivant qui résume les cas ci-dessus énumérés et ceux de Lamort, on se convaincra facilement que :

OBSERVATIONS.	ACCOUCHEMENT.	A TERME.	AVORTEMENT.
8	Alexander	8	
3	Imlach	3	
1	Dubourg		1
3	Newmann	2	1
1	Rivière	1	
1	A. Hergott	1	
1	Lannelongue	1	
18		16	2

sur 18 grossesses (dont deux chez la même femme, survenant après raccourcissement des ligaments ronds, 16 se sont accomplies normalement jusqu'à terme. Si la quinzième (Newmann), a été interrompue, on ne peut pas à la rigueur en accuser l'opération d'Alexander, parce que la femme s'étant beaucoup surmenée dans un déménagement, on peut aussi bien mettre l'avortement sur le compte d'une fatigue exagérée.

Les observations citées, nous montrent pourtant que la grossesse après raccourcissement des ligaments ronds n'est pas exempte de certains dangers. Nous avons noté, en effet, des douleurs d'expulsion lentes, des douleurs aiguës au niveau des cicatrices, nous avons

également noté une présentation transversale (Im-lach) ; enfin, nous avons vu que dans deux cas on dut faire une application de forceps pour souffrance du fœtus.

Nous ne pouvons pas non plus incriminer trop formellement l'opération d'Alexander d'avoir produit dans le cas rapporté par Rivière des phénomènes douloureux et une marche irrégulière du travail. La faute en est non pas à la méthode, mais à la méthode mal employée et le raccourcissement d'un seul ligament est la cause certaine de cette obliquité utérine, qui en dirigeant la tête trop obliquement sur le détroit supérieur l'empêcha de s'engager.

Il est également digne de remarquer que dans tous ces cas de grossesse, après opération d'Alexander, l'utérus en augmentant de volume ne tire pas sur les ligaments raccourcis. S'il en était ainsi, l'utérus allongerait la cicatrice des ligaments et fatalement l'on verrait se reproduire la déviation ou le déplacement. L'expulsion du produit de la conception ne tarderait pas à se faire.

En admettant par réciproque que la cicatrice des ligaments étant extrêmement solide, ne parvienne pas à se laisser allonger, l'utérus ne pourrait plus à son tour s'élever dans la cavité abdominale. Or, ce fait ne se produit pas ; l'organe gestateur peut se développer ; il n'est pas tirailé par les ligaments raccourcis ; il n'est pas ramené surtout dans une de ces positions anormales qui font que l'utérus tombe en avant du pubis et amènent des accidents considérables pendant la grossesse et le travail.

Puisque ces phénomènes ne se sont pas produits, il

nous faut admettre que les ligaments ronds raccourcis s'hypertrophient pendant la grossesse. Nous savons, en effet, que la gestation amène du côté des annexes de l'utérus des modifications importantes. Les ligaments ronds en particulier augmentent notablement de volume par hypertrophie de leurs fibres musculaires et de leurs vaisseaux. Ils deviennent ainsi deux gros cordons dont on sent facilement les contractions pendant l'accouchement et la délivrance chez les sujets maigres principalement.

Nul doute que les ligaments ronds raccourcis ne subissent également ces modifications, n'obéissent, en un mot, pendant la grossesse à cette loi d'accommodation des organes pelviens à la présence du fœtus, comme lorsque ces cordons sont restés sains et normaux.

Naturellement, après l'accouchement, ces mêmes ligaments reprennent leur volume normal et c'est ce qui nous explique d'une part l'absence d'accidents pendant la grossesse et le travail ; d'autre part, le maintien de l'utérus, dans la position physiologique donnée par l'opération d'Alexander.

Ajoutons encore que pendant la grossesse les ligaments ronds, même normaux, ne mesurent jamais la hauteur toute entière de l'utérus développé.

L'utérus non gravide offre, on le sait, une forme triangulaire ; aux angles supérieurs naissent les trompes, et c'est immédiatement au-dessous d'elles que se détachent de l'utérus les fibres musculaires destinées à constituer le ligament rond. Or, dans une grossesse normale, chez une femme n'ayant pas subi le raccourcissement des ligaments ronds, ceux-ci ne naissent plus du fond de l'organe, mais beaucoup

plus bas. Au cinquième ou sixième mois, c'est presque à égale distance des deux extrémités de l'organe. A terme, c'est à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs.

Rivière (*Archives de tocologie*, 1892) pense qu'il faut expliquer comme il suit ces modifications.

Le développement de l'utérus gravide est très irrégulier et les différentes régions du corps de l'utérus ne se développent pas simultanément mais successivement.

Dans les deux premiers mois de la grossesse, la capacité de l'utérus s'accroît surtout, grâce à ce que ces parois antérieure et postérieure, de planes qu'elles étaient deviennent presque demi-cylindriques et à ce moment l'utérus a un aspect piriforme.

Au troisième mois l'utérus est presque sphérique, parce que à ce moment, le fond fournit l'élément principal de l'accroissement, tandis que le segment inférieur éprouve des changements insignifiants. Il n'est pas surprenant dans ces conditions que les ligaments ronds pendant les six premiers mois paraissent s'insérer très bas.

Le segment inférieur se développe enfin dans les trois derniers mois de la grossesse. A ce moment les ligaments ronds paraissent s'insérer plus haut que précédemment.

De plus il n'y a pas seulement un développement successif des différentes régions de l'utérus ; mais encore un développement inégal, et la partie postérieure se développe beaucoup plus que l'antérieure, aussi verra-t-on les ligaments ronds s'insérer en avant, à l'union des faces antérieure et latérale.

« Peu importe donc que les ligaments ronds aient subi un raccourcissement artificiel ; le fond de l'utérus n'en reste pas moins libre de se développer au-dessus d'eux sans qu'il puisse y mettre le moindre obstacle » (Rivière).

A partir du sixième mois, les ligaments pourraient à la rigueur tirailler sur le segment inférieur qui se développe alors, mais ils subissent cette hypertrophie musculaire et vasculaire dont nous avons parlé plus haut et se prêtent ainsi au développement nécessaire de l'utérus.

Ces considérations physiologiques corroborées du reste par les faits, nous semblent assez fortes pour nous faire préférer l'opération d'Alexander à l'hystéropexie au point de vue des grossesses ultérieures.

B) — VAGINO-FIXATION ET GROSSESSE.

2° Influence de la vagino-fixation sur la grossesse.

Occupons-nous à présent de l'influence de la vagino-fixation sur les grossesses ultérieures.

La vagino-fixation est une opération de date récente. Bien que l'idée n'en soit pas neuve, puisque Amussat la concevait en 1856, elle n'est entrée réellement dans la pratique que depuis 1888, époque à laquelle Schucking de Pirmont décrivait son procédé. Un an avant, Nicoletis tentait sur le cadavre sa première vagino-fixation et, en 1889, Richelot pratiquait cette opération sur le vivant pour la première fois en France, suivant la méthode de Nicoletis.

Depuis, divers autres procédés ont été imaginés. Nous supposerons ces procédés connus, ne voulant pas

compliquer notre sujet et nous demanderons simplement aux auteurs qui pratiquèrent le plus cette opération une réponse à la question qui nous préoccupe.

Remarquons cependant, dès à présent, que si plusieurs de ces méthodes vont directement fixer l'utérus au vagin sans ouverture des culs-de-sac, il en est une, celle de Nicoletis la plus employée aujourd'hui, qui s'accompagne, au préalable, d'une amputation sus-vaginale du col.

Dans ce cas, le danger n'est pas simple comme dans les méthodes extra-péritonéales, mais il se complique du fait de l'amputation du col.

Il nous faut donc diviser ainsi notre sujet :

1° Dangers dûs à l'amputation du col (dangers propres à l'opération de Nicoletis) ;

2° Dangers dûs à la fixation même de l'utérus au vagin (dangers des méthodes de fixation vaginale en général, y compris celle de Nicoletis).

1° Dangers dûs à l'amputation du col.

Ces accidents ont été bien étudiés dans la thèse de Ducasse (conception, grossesse et accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col, Paris, 1889).

Cet auteur admet que la conception est possible dans un utérus dont le col a été amputé à condition, toutefois, que la sténose post-opératoire, cause absolue de stérilité, soit évitée par un bon procédé chirurgical. Si donc on préfère à toute autre méthode la section du col au bistouri, si surtout on a soin d'affronter les surfaces sectionnées par des points de suture allant de la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale, on

empêchera ainsi les surfaces cruentées d'être livrées à la cicatrisation par bourgeonnement et la conception pourra se faire.

Or, c'est le cas dans la méthode de Nicoletis ; les sutures y sont combinées, de telle sorte que la paroi vaginale postérieure entoure et garnit entièrement la circonférence du moignon utérin. Dans ce cas la sténose de l'orifice est évitée, il peut y avoir fécondation. Ducasse cite comme preuve à l'appui 35 observations. On peut facilement se convaincre en en prenant connaissance que la fécondation est possible après amputation du col : qu'elle s'est produite même chez des femmes jusque là stériles et que plusieurs opérées eurent plusieurs grossesses successives.

Mais une grossesse survenue dans de telles conditions, comment évoluera-t-elle ?

Le tissu cicatriciel résultant de la cicatrisation des surfaces sectionnées ne pourra-t-il par action réflexe déterminer la contraction précoce de l'utérus et amener ainsi l'avortement ou l'accouchement prématuré.

De plus, la portion restante du col utérin suffira-t-elle à maintenir dans la cavité utérine, le produit de la conception ?

Il semble résulter du travail de Ducasse que la première hypothèse ne saurait nous inquiéter dans l'opération de Nicoletis. En effet, si la plaie résultant de la section du col a été réunie par première intention au moyen de sutures de muqueuse à muqueuse, comme l'indique Nicoletis, le tissu cicatriciel ne compte pour ainsi dire pas. Le tissu cicatriciel sera, au contraire, très dense si la plaie a été livrée à la cicatrisation par bourgeonnement et il en résultera

des avortements répétés comme ceux que l'on observe dans les cas de déchirure du col où la nature s'est chargée de combler l'espace compris entre les lèvres.

Venons à la seconde hypothèse : à savoir si la portion restante du col suffira à maintenir le produit de la conception. Il semble, à priori, que la barrière soit bien minime pour le maintien de l'œuf. Pourtant l'avortement s'il existe n'est pas fréquent. C'est, qu'en effet, dans les six premiers mois de la gestation, l'utérus ne se développe qu'au dépens de ses faces et de son fond. Le segment inférieur, comme nous l'avons dit plus haut, ne prend part à l'ampliation que dans les trois derniers mois. Alors, seulement, la barrière pourrait être insuffisante et la menace d'accouchement prématuré imminente, d'autant plus à craindre que le col mutilé est presque entièrement ramolli à cette époque. D'après une observation de Ducasse (*loc. cit.*, p. 97) cet accouchement prématuré ne s'est pas produit. Il s'agissait d'une multipare enceinte de sept mois qui fut prise subitement d'un écoulement d'eau accompagné de contractions utérines irrégulières. Au toucher on pouvait sentir les membranes de l'œuf par l'orifice interne qui demeura ouvert jusqu'au moment de l'accouchement, lequel eut lieu à terme.

Il faut admettre, avec le même auteur, que chaque fois que l'avortement s'est produit on pouvait incriminer une autre cause que le manque de soutien du col. Il observa quatre fois l'avortement. Dans un premier cas, il était dû aux imprudences de la malade, dans un deuxième, à des manœuvres intempestives sur le col ; dans un troisième, à un placenta dégénéré ; dans un quatrième, à un cancer utérin préexistant.

On pourrait encore se demander si la cicatrice peut nuire au moment de la dilatation. On conçoit facilement qu'un col rétréci par des cicatrices ne peut se dilater comme le ferait un col sain. Des faits ont été cités de dystocie due à la rétraction cicatricielle du col. On a observé des douleurs intolérables d'expulsion, des dilatations ne parvenant pas à devenir complètes, des hémorrhagies, des ruptures du col même : mais il faut remarquer que dans ces cas l'amputation du col avait été faite à l'anse galvanique ou par tout autre moyen ayant abandonné la cicatrisation du col au bourgeonnement naturel.

Dans les observations au contraire où l'amputation a été faite au bistouri avec suture et réunion per primam « il est permis de supposer que la réparation s'est faite sans nuire au jeu des fibres musculaires du col qui céderont rapidement au tiraillement des fibres longitudinales et obliques du corps. » (Ducasse, *loc. cit.*, 99).

Il ressort, en effet, des observations de Ducasse que l'accouchement est facile quand il a été sectionné au bistouri. Il est même des cas où la dilatation a été plus prompte qu'à l'ordinaire.

Ces considérations nous permettent de croire que l'amputation du col n'est pas le grand péril de la vaginofixation. Pourtant il nous semble prudent de ne pas admettre sans réserve ces conclusions ; et nous nous permettrons d'émettre en terminant un doute. Peut-on toujours affirmer, en effet, que les sutures seront parfaites dans l'avivement au bistouri et que l'on aura toujours une réunion par première intention ?

2° Influence de la vaginofixation proprement dite sur la gravidité (Suite).

Il ne faudrait cependant pas croire que ces motifs soient suffisants pour apprécier la vaginofixation au point de vue obstétrical. Il faut pour nous édifier entièrement sur la valeur de la méthode étudier les dangers proprement dits de la fixation de l'utérus au vagin.

Mais laissons la parole aux auteurs qui se sont surtout occupés de cette question.

Le 28 juin 1895, Strassmann communiquait à la Société gynécologique de Berlin l'observation suivante :

C'était une femme à qui Dührssen avait fait, en 1893, une vaginofixation et qui au terme de sa grossesse, présentait une procédence du cordon et un enfant mort en présentation de l'épaule. L'opération de Porro permit seule de délivrer la femme, ce qui ne l'empêcha pas de mourir une heure et demie après l'opération.

Le 25 octobre 1895, Strassman communique encore à la même société un second cas que voici : Femme de 25 ans, ayant eu quatre accouchements antérieurs et réguliers. On lui fait quelque temps après la vaginofixation. Cinq mois plus tard elle conçoit. Pesanteur, douleurs de vessie, grossesse douloureuse. Le fœtus se présente encore en position transversale avec chute du cordon. Le col était situé très haut et difficilement accessible. La version put cependant être faite. Dans la suite on a observé chez cette femme une cicatrice profonde du col et du vagin.

qui amènera l'avortement probablement en cas de grossesse ultérieure.

Gœfe (dans la *Monatsch. für Geb. und Ggn.* Bd. II, vol. t. VI), rapporte un troisième cas de présentation transversale terminé par l'opération césarienne.

Voici un nouveau cas rapporté par Schauta, à Vienne. Cet auteur a vu trois [processus après vaginofixation. L'une s'est terminée par un avortement, la seconde est accouchée normalement à terme. Voici l'histoire résumée de la troisième.

Il s'agit d'une vaginofixation avec ouverture du cul-de-sac. Quand la grossesse survint, la partie du vagin à laquelle l'utérus était fixé fut attirée en haut : Le col remonta de plus en plus vers le promontoire, et à la fin de la grossesse, même avec deux doigts on ne put l'atteindre, il était au-dessus du promontoire.

Au commencement du travail, on constate que l'utérus est très chargé et ne dépasse l'ombilic que de la largeur de la main. Présentation transversale, malgré les douleurs énergiques, le travail est lent ; au bout de sept heures la dilatation est à peine de deux doigts.

La paroi postérieure de l'utérus étant très tendue, il fallait terminer l'accouchement. On fit la version sous anesthésie profonde. La situation du col rendait l'opération très difficile. On parvint à amener un pied sur lequel on exerça une pression continue et trois heures après on amena un enfant du poids de 3,900 grammes.

Au cours de la délivrance artificielle qu'on jugea nécessaire, la palpation bi-manuelle permit de re-

connaître que le fond de l'utérus était situé à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Paroi antérieure de l'utérus épaisse, tendue avec dépression au niveau de la cicatrice. Paroi postérieure très mince. Pas trace de lèvre postérieure du col, pas de cul-de-sac postérieur, le vagin et l'utérus se continuent à plein canal.

Donc la vaginofixation empêche la paroi antérieure de l'utérus de participer au développement de la matrice. La paroi postérieure se dilate surtout, et si l'on n'était intervenu à temps, cette paroi aurait pu se rompre comme dans le cas de Strassmann.

Plus tard, Mackenrodt (*Cent. für Gyn.*, n° 49, p. 1,302, 1895), exposant les dangers de la vaginofixation peut ajouter de nouveau insuccès aux observations de Strassmann. Cet auteur pense que tant que la vaginofixation se fait sans ouverture des culs-de-sac il n'y a pas de troubles consécutifs; mais alors les récidives sont fréquentes. Les difficultés, au contraire, se montrent quand on tire l'utérus hors du péritoine pour le fixer au vagin. « On a vu, en effet, des adhérences cicatricielles lier le vagin et l'utérus d'une façon telle que l'utérus même gravis restait dans une antiflexion si prononcée que cela occasionnait des accidents pour l'accouchement pouvant devenir mortels » (Mackenrodt, *loc. cit.*, p. 1,302).

En somme, cet auteur est peu satisfait de cette méthode et il a renoncé à l'employer parce qu'il y avait récidive si on n'ouvrait pas le péritoine et des accidents fréquents quand on l'ouvrait. Il préconise depuis la vesicofixation.

Dans la *Centralblatt für Gynecologie* du 21 janvier 1896, Vertheim dit que sur vingt-deux grossesses après vaginofixation, il y a quatre fois distocie. Soit une proportion de 18 0/0.

Strassmann est plus sévère encore. Il accuse la vaginofixation (*La Gynécologie*, 15 juin 1896), de produire : 1° des douleurs dans la cicatrice vaginale ; 2° des avortements dans 25 0/0 des cas ; 3° des douleurs vésicales et des troubles de la miction.

Si nous ajoutons à ces griefs ceux que d'autres auteurs ont formulé, à savoir . les hémorrhagies graves causées par la rupture de la cicatrice vaginale ; la nécessité de l'opération de Porro, ayant parfois amené la mort ; la version impossible ; l'opération césarienne nécessaire ; parfois même la craniotomie ; nous nous persuaderons que la vaginofixation n'est pas un procédé idéal.

Nous ne voulons pas nous hâter de porter un jugement hâtif sur la vaginofixation et ses résultats au point de vue obstétrical ; mais il nous semble que tant que de nouveaux faits ne seront pas venus alléger cette statistique un peu sombre et peu en faveur de la méthode, nous sommes autorisés à conclure que la vaginofixation est dangereuse pour la gravidité non pas du fait de l'amputation du col (comme cela se fait dans le procédé de Nicoletis), mais par son mode même de fixation. On doit donc lui préférer l'hystéropexie abdominale.

Nous devrions pour être complets rechercher encore l'influence de la vésicofixation et de la ventrovesifixation ; mais on n'a pas encore signalé de grossesses après ces méthodes, du moins à notre connaissance.

CHAPITRE VI

Traitement.

Nous avons hésité longtemps avant d'inscrire ce nom en tête de ce chapitre. En effet, la grossesse après hystéropexie n'a pas de traitement particulier où plutôt les différentes complications qu'elle peut présenter sont justiciables des indications ordinaires relatives à chacune de ces complications.

L'avortement, par exemple, se traitera par des moyens ordinaires, de même les présentations vicieuses, de même les rétentions placentaires.

Nous avons également suffisamment insisté sur les interventions dangereuses, mais parfois obligatoires, auxquelles le chirurgien doit songer lorsque du fait de la ventrofixation, l'accouchement paraît impossible par les moyens ordinaires et par les voies naturelles ; ou bien encore lorsque l'inertie de l'utérus reste réfractaire à la thérapeutique bien connue que l'accoucheur oppose aux hémorrhagies de la délivrance trop souvent fatales.

Notre travail pourrait à la rigueur s'arrêter ici ; mais n'est-il pas permis et utile de se demander si l'hystéropexie est l'agent indispensable des affections qu'elle prétend guérir ? N'est-elle pas plutôt une méthode applicable dans certains cas déterminés et condamnée à trouver souvent de formelles contre-indications ?

Nous voulons donc consacrer encore quelques pages très courtes à ce que nous appellerons, si l'on veut bien nous permettre ce terme, le traitement prophylactique

de la grossesse chez les femmes atteintes de prolapsus ou de rétro-déviatio*n* et susceptibles de réclamer un remède quelquefois même une opération pour la guérison de leur mal.

Nous étudierons d'abord la valeur de l'hystéropexie au point de vue du prolapsus ; puis dans une seconde division sa valeur dans les rétroversions.

Enfin, si nous la reconnaissons dans certains cas, une méthode supérieure à toutes les autres, nous rechercherons le meilleur procédé d'hystéropexie au point de vue de la gravidité, le plus susceptible de donner une grossesse heureuse.

Traitement du prolapsus utérin par l'hystéropexie.

Etudions d'abord la valeur de la ventrofixation pratiquée dans les cas de prolapsus utérin.

Nombreuses sont les méthodes chirurgicales inventées pour le maintien des prolapsus génitaux. Leur grand nombre témoigne de leur impuissance et nous fait comprendre la difficulté qu'éprouve le chirurgien pour remplir les deux indications nécessaires du traitement : 1^o réduire le prolapsus ; 2^o le maintenir réduit.

Il était tout naturel pour atteindre ce double but de songer à l'hystéropexie. Il semblait d'autant plus nécessaire de la pratiquer qu'elle paraissait la méthode rationnelle du prolapsus. Au lieu d'opposer un obstacle indirect à la chute de l'utérus, elle devait remplacer directement les moyens de contention naturels devenus insuffisants et provoquer des adhérences solides qui empêcheraient toute récidi*v*e.

En établissant un parallèle entre les ventrofixations et les opérations rivales, du moins les plus communément

employées, les partisans de cette méthode la déclarent infiniment supérieure. Ils la préfèrent aux tentatives ayant pour but de modifier l'état de la paroi vaginale, de la vulve et du périnée. Pratiquées dans un milieu où l'asepsie est à peu près impossible, sinon à réaliser, du moins à maintenir dans la suite, elles offrent une porte ouverte à l'infection, cause fréquente d'insuccès. L'hystéropexie, au contraire, compense le danger de la laparotomie qu'elle nécessite par la certitude à peu près absolue qu'a le chirurgien d'obtenir un bon résultat si son intervention a été entourée de précautions suffisantes.

Les défenseurs de l'hystéropexie disent que la colporraphie, la périnéorrhaphie, le cloisonnement du vagin, etc., peuvent rendre des services dans certains cas à indications spéciales, dans les cas de prolapsus avec rectocèle et cystocèle par exemple ; mais, qu'elles ne peuvent servir dans le cas où l'utérus seul est prolabé. Ces divers procédés encourent encore ce reproche que l'utérus vient heurter sans cesse pendant la marche, la nouvelle barrière qui lui est opposée d'où en sentiment de pesanteur parfois même de douleur assez vive gênant la malade dans ses mouvements.

Ils ajoutent, et cela avec raison, que l'hystérectomie, à moins d'indications absolues ne peut être recommandée que chez les femmes arrivées à la fin de leur vie menstruelle.

L'opération d'Alquié-Alexander elle-même, ne trouve pas grâce devant eux. Ils allèguent que si le raccourcissement des ligaments ronds a donné parfois des succès à plusieurs opérateurs, ces mêmes opérateurs ont souvent enregistré des revers. Les partisans de l'hystéropexie s'appuient sur ce fait, fréquemment vérifié, que l'opéra-

tion d'Alquié imaginée dans le but de guérir les rétro-déviation utérines est même en pareil cas suivie parfois d'insuccès. Comment admettre par conséquent, que les ligaments ronds dont la force ne permet pas toujours de maintenir un utérus en rétroversion puisse maintenir nu utérus prolabé ? même si l'on ne considère que l'utérus normal, à fortiori, lorsqu'il sera augmenté de volume.

Enfin, l'hystéropexie présente encore ce précieux avantage de conserver dans toute leur intégrité les organes génitaux de la femme. La plupart des méthodes employées dans le traitement du prolapsus concourent à atresier sinon à obturer presque complètement le vagin ; elles s'opposent à toute espérance de grossesse en rendant difficiles souvent même impossibles les rapports sexuels.

Partant des principes et des avis énumérés ci-dessus, on fit l'hystéropexie pour guérir du prolapsus utérin.

Notre intention n'est pas d'entrer ici dans de grands détails à ce sujet, ce serait sortir du cadre que nous nous sommes imposé. Pourtant il nous semble indispensable de préciser certains points pour appuyer plus tard nos conclusions.

Demandons-nous d'abord, quels sont les résultats de l'hystéropexie non plus seulement au point de vue de la grossesse seule, mais au point de vue d'une guérison définitive.

Dumoret (thèse de Paris 1890. Hystéropexie contre le prolapsus utérin), a pu réunir 25 cas d'hystéropexie pour prolapsus.

Dans ces 25 cas, il faut compter premièrement un cas de mort. L'opérée, une femme de 50 ans, mourut de pé-

ritonite généralisée six jours après l'opération. L'autopsie démontra que les sutures faites au catgut ne s'étaient pas maintenues. L'utérus n'était plus fixé à la paroi abdominale que par quelques tractus fibreux longs et grêles. En outre, dans six cas, le prolapsus s'est fatalement reproduit à savoir un cas de Muller (1879), un cas d'Olshausen (1888), un cas de Rubeska (1888), deux cas de Zweifel (1879), un cas de Brenæke (1885).

En 1892, Nisot, de Bruxelles (prolapsus vaginal postérieur) en consultant la statistique de l'hystéropexie pour prolapsus chez les différents auteurs qui s'en sont le plu occupés, trouve que ce procédé a été rarement suivi de résultats heureux.

Publiant alors les cas postérieurs à la thèse de Dumoret, c'est-à-dire ceux parus à partir de 1889, il reconnaît que Treub, qui a fait cinq hystéropexies contre des prolapsus, a eu quatre récidives.

Muller de Berne fit douze à quinze fois l'hystéropexie pour la même cause; il fut très mécontent de la méthode, vu les mauvais résultats obtenus.

Kleinwachter eut l'occasion de pratiquer une fois l'hystéropexie pour prolapsus. Il eut une récidive.

Thiriar ne fut pas plus heureux. La malade se levait cinq semaines après l'opération. mais quinze jours plus tard le prolapsus s'était reproduit.

Et parmi les cas soi-disant guéris, que de fois la récidive ne s'est-elle pas produite dans l'année qui a suivi l'opération ! Car enfin il ne suffit pas qu'un utérus soit bien maintenu les jours qui suivent l'opération pour affirmer que la guérison est radicale, il faut au moins attendre un an et demi et deux ans pour être certain d'une guérison durable.

D'après Nisot, la statistique, serait probablement plus défavorable encore si l'on avait pu revoir les malades longtemps après leur sortie des services.

Les statistiques ne sont donc pas favorables à cette méthode. Olshausen, qui le premier a fait cette opération dans un cas de prolapsus ne l'a plus recommandée depuis. De plus, les chirurgiens qui ont tenu en observation les cas opérés, ne se félicitent pas du résultat final.

Tous ont signalé la récurrence et affirment qu'une autre opération plastique soit vaginale, soit périnéale, doit fatalement accompagner ou compléter l'hystéropexie.

Nous avons vu les accidents que l'hystéropexie pouvait avoir sur la grossesse.

Donc, puisqu'il est démontré que cette opération ne réussit pour ainsi dire jamais dans le prolapsus utérin.

Nous sommes en droit de dire qu'elle est formellement contre-indiquée chez les femmes espérant encore devenir mères.

Traitement des rétrodéviations par l'hystéropexie

Au point de vue du traitement on peut faire abstraction de la division classique en rétroversions et rétroflexions et englober ces deux variétés sous le nom générique de rétrodéviations.

De plus, classiquement, il importe de distinguer deux formes : 1° les rétrodéviations mobiles ;

2° Les rétrodéviations adhérentes.

1^o *Rétrodéviation mobile*

Dans la grande majorité des cas les déviations mobiles reconnaissent pour causes essentielles soit une augmentation de volume de l'utérus, soit un relâchement des ligaments, soit enfin et surtout une insuffisance du périnée, provoquée par une déchirure plus ou moins apparente de ce plancher musculaire. Cette déviation peut donc être considérée comme une première étape d'un prolapsus. Il va de soi que le meilleur traitement sera celui qui se rapprochera le plus du traitement du prolapsus.

Faire dans ce cas l'hystéropexie serait un non sens pour les raisons que nous énoncions précédemment au sujet du prolapsus et aussi parce que l'absence d'adhérence défend une opération aussi périlleuse. On dit bien qu'à notre époque grâce aux précautions antiseptiques, une laparotomie n'est plus redoutable. Sans doute, mais quel est le chirurgien, si consciencieux soit-il, qui peut se vanter d'être sûr de son antisepsie ? Malgré toutes les précautions, une laparotomie est toujours grave et n'est pas légitime dans les cas de rétrodéviations mobiles.

Il faudra dans ce cas réduire la déviation et tenter de la maintenir réduite à l'aide des pessaires.

On pourra, si ces manœuvres ne réussissent pas, tenter l'opération d'Alexander-Alquié qui donne d'excellents résultats au point de vue de la grossesse. Dans le cas enfin où cette opération serait insuffisante, il faudrait encore comme dans le prolapsus utérin, en revenir aux procédés de restauration du vagin et du périnée.

Nous pensons donc que pour les rétrodéviations mobiles l'hystéropexie n'est pas une méthode à employer pendant la période génitale.

2° *Rétrodéviation fixes.*

Mais si la déviation est immobile, fixée en arrière par des adhérences solides et provoquant des hémorrhagies, des douleurs souvent intolérables, si surtout la malade est vouée aux avortements à répétition, quelle sera donc la ligne de conduite ? L'hystéropexie n'est-elle pas alors le procédé de choix ?

La ventrofixation semble d'autant plus rationnelle que les rétrodéviations fixes sont liées à des lésions inflammatoires des annexes ; elles sont le résultat et non la cause des adhérences développées en arrière de l'utérus, ces adhérences ayant d'ailleurs comme substratum à peu près constant les annexes altérées. Loin d'être une entité morbide propre, elles ne sont donc qu'un facteur dans l'évolution d'un processus de peri-tubo-ovarite.

En proposant l'hystéropexie abdominale, dans ces cas on remplissait donc une double indication, on sectionnait les adhérences en même temps qu'on se rendait un compte exact de l'état des annexes de l'utérus.

Et bien malgré ces avantages, nous pensons que dans les rétrodéviations adhérentes, la règle absolue est de toujours commencer par le traitement conservateur. Il faut d'abord traiter la métrite concomitante ; quant aux adhérences, il faut essayer de les détruire par le massage suivant la méthode de Thure-Brandt.

Notre expérience dans cette méthode est encore faible, pourtant nous avons constaté à trois reprises différentes des résultats très satisfaisants. Il s'agissait de trois femmes chez lesquelles la rétrodéviation s'était montrée après les suites de couches. Les deux premières malades avaient voulu quitter trop tôt la maternité malgré tous

les avertissements. Elles revinrent un mois plus tard présentant une rétroversion accentuée accompagnée de douleurs très vives les empêchant de marcher et leur interdisant tout travail. Ici la rétrodéviation étant mobile, M. le professeur Herrgott nous autorisa à pratiquer le massage. Ces femmes se soumirent docilement à ce traitement et au bout de trois séances de dix minutes chacune, elles déclarèrent que les douleurs avaient complètement disparu. Quant à la déviation, un pessaire suffit à en assurer le maintien.

La troisième était accouchée en ville. Elle aussi avait fait des imprudences après ses couches et présentait les symptômes suivants: rétroversion absolument irréductible, complètement fixe. Douleurs intolérables pendant la marche et la station debout. Douleurs provoquées à la pression au niveau du fond de l'utérus et un peu à gauche au niveau des annexes.

Depuis six mois environ elle était atteinte de pertes assez abondantes qui l'anémiaient profondément.

A l'examen au spéculum, nous avons pu constater que le col était complètement dirigé en avant vers la symphyse pubienne. Il était rouge, ulcéré et par l'orifice s'écoulait un peu de sang.

On mit la malade au repos complet. Elle eut des injections chaudes deux fois par jour. Enfin elle fut soumise au massage. Au bout de la troisième séance on put constater que l'utérus jadis immobile commençait à se mobiliser. Les douleurs avaient disparu ainsi que les hémorrhagies. Il y avait certainement un progrès. Malheureusement la malade dès qu'elle se sentit améliorée désira quitter le service et nous ne pûmes la suivre ultérieurement.

Ces faits méritent certainement d'être pris en considération ; ils nous ont montré que la méthode de Thüre Brandt pouvait être pour le chirurgien une précieuse ressource.

Il est pourtant des cas rebelles contre lesquels s'épuise la thérapeutique la plus féconde et la mieux dirigée.

Dans ces cas, si la patiente a passé l'âge de la ménopause, il n'y a pas à hésiter. Si la malade réclame énergiquement une intervention pour se procurer le soulagement d'un mal que d'autres essais n'ont pu vaincre, on peut tenter l'hystéropexie.

On peut encore et surtout la tenter quand l'examen de la malade fera supposer une lésion ancienne des annexes. Dans ce cas, si les deux ovaires sont intéressés, la laparotomie en rendant un compte exact de la nature et de l'étendue des lésions permettra d'y porter remède, permettra la solution des adhérences et puisque les annexes sont malades, peu nous importe au point de vue de la grossesse ; c'en est fait depuis longtemps de la vie génitale de cette femme.

C'est encore à l'hystéropexie que nous nous adresserons si un seul ovaire était demeuré sain et si malgré toutes les méthodes la retrodiviation persistait avec son cortège de douleurs et d'avortements répétés. C'est qu'en effet, si nous avons constaté des avortements et des dangers dans la grossesse après hystéropexie, on en compte de plus fréquents encore dans les rétroversions utérines et par conséquent dans ces cas, mieux vaut encore courir les risques d'une grossesse dans un utérus hystéropéxié que dans un utérus rétrofléchi.

A part ces indications absolument spéciales, la ventrofixation doit être considérée comme le moyen thérapeu-

tique final, comme l'ultimum refugium lorsque tous les autres procédés ont échoué.

De la meilleure méthode d'hystéropexie au point de vue de la gravidité.

Demandons-nous donc pour terminer le procédé de ventrofixation le plus favorable à la grossesse.

C'est une question qui en vérité ne semble pas avoir beaucoup préoccupé les auteurs qui inventèrent ou modifièrent les procédés d'hystéropexie. Pour eux l'essentiel est d'obtenir des sutures solides afin d'assurer le maintien de l'organe d'une façon définitive. Il va de soi que plus les adhérences sont fortes, moins l'utérus est libre, et moins il est capable de se développer après sa conception. En un mot, le développement de l'utérus fixé est entièrement subordonné à l'étendue de la fixation et aux parties de l'utérus immobilisé.

Lamort divise à ce point de vue les hystéropexies en :

1° Procédés par la fixation directe médiane du corps utérin (Terrier, Laroyenne, Pozzi, Picqué, Czerny-Léopold) ;

2° La fixation directe latérale soit des cornes utérines (Olshauser-Scenger, Kelly), soit des ligaments larges (von Winiwarte) ;

3° La fixation indirecte du pédicule de l'un des annexes.

Pour le chirurgien ces divers procédés donnent des résultats à peu près semblables, il n'en est pas de même pour la grossesse.

Lorsque l'utérus est fixé par son fond, il y a toute la face antérieure de l'organe appliquée contre la vessie et comprimée entre la suture en haut et le plancher pel-

vien en bas. Dans ces conditions pas d'espoir d'amplitude du côté de la face antérieure, à moins que la suture ne cède.

Le danger est encore plus direct si le fond et la paroi antérieure elle-même ont été fixés.

Ainsi la malade d'Olshausen (J.), traitée par la méthode de Czerny-Léopold, présente des douleurs, des pertes sanguines et finalement n'accouche qu'au moyen de la version.

Il en est de même pour Winiwarter qui constate plusieurs avortements après le procédé de fixation du fond de l'utérus, etc. Tous ces accidents sur lesquels nous avons assez insisté antérieurement surviennent parce que la face antérieure est perdue pour le développement général de l'utérus qui devra s'accroître en anteversion, le fond demeurant en avant et très bas.

Prenons maintenant le second mode de fixation indiqué par Lamort. Si l'on a pratiqué la suture des cornes utérines, le danger est encore grand, presque autant que dans le cas précédent. Sans doute la face antérieure peut ici se développer, mais elle est bridée par les sutures bi-latérales et symétriques. L'accroissement d'étendue dans le sens latéral est impossible. La face antérieure bien que libre est pourtant immobilisée et ne peut aider la face postérieure.

Quand on a procédé à la fixation de l'utérus par l'intermédiaire des ligaments larges, le développement devra se produire d'une façon plus libre que précédemment mais aussi dans une certaine mesure, car il ne faut pas oublier que les sutures latérales si elles ne brident pas l'utérus au début de son développement pourront le faire dès que cet organe aura atteint un certain volume.

Toutefois il nous semble que cette méthode est encore une des moins dangereuses.

Quant à la fixation indirecte, elle nous paraît devoir être préférée à toutes les autres. La fixation est ici unie latérale et porte sur un ligament large. Elle s'emploie après l'ablation d'une des annexes.

Ici, l'utérus n'étant lié que d'un côté, pourra se développer entièrement, d'autant que la pédicule en s'allongeant facilitera ces modifications. C'est quand elle est possible, la meilleure méthode au point de vue de la gravidité.

En résumé, si l'hystéropexie légitime parfois, les inconvénients qu'elle entraîne et la laparotomie qu'elle exige, c'est pour permettre la rupture d'adhérences reconnues rebelles par l'échec des autres moyens thérapeutiques et pour l'avantage qu'elle offre de constater de visu l'état des annexes.

En tout cas, dès qu'elle s'impose, il est une règle générale qui, au point de vue de la grossesse, domine toute cette discussion : il faut respecter le fond et la face antérieure de l'utérus. C'est la condition sine qua non, d'une grossesse normale après l'hystéropexie.

CONCLUSIONS

Les faits que nous venons d'exposer nous amènent à formuler les conclusions suivantes.

Nous les publions sous toutes réserves en attendant que des faits nouveaux nous apportent encore les matériaux nécessaires à l'affirmation de toute vérité scientifique :

- 1° La conception est possible après la grossesse ;
- 2° La grossesse normale et à terme, l'accouchement normal sont possibles après l'hystéropexie ;
- 3° Cette opération est parfois la cause d'accidents d'un degré de gravité différent ;
- 4° L'opération d'Alexander est préférable à l'hystéropexie au point de vue obstétrical ;
- 5° La vaginofixation lui est tout à fait inférieure ;
- 6° Pas d'hystéropexie dans les prolapsus des organes génitaux ;
- 7° Pas d'hystéropexie dans les rétro-déviationes mobiles ;
- 8° L'hystéropexie est l'ultimum refugium des rétro-déviationes rebelles et fixes ;
- 9° Eviter soigneusement les sutures du fond et de la face antérieure de l'utérus.

Vu :

Le Président de la thèse,

HERRGOTT.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 15 juillet 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Abel. — *Bulletin médical*, 18 mars 1896.
- Baudoin. — Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sous-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus. Thèse Paris, 1890.
- Bion. — Resultate der ventrofixati uteri. Dissert. Bern., 1893, S. 6, 8, 11, 60.
- Cadilhac. — Hystéropexie dans le traitement du prolapsus utérin. *Nouveau Montpellier médical*, 1^{er} mars 1893.
- Chaput. — *Semaine médicale*, 6 avril 1892.
- Condamin. — *Province médicale*, 1895, n° 10.
- Currier. — *Cent. für gyn.*, 1893, S. 324.
- Debayle. — Vaginofication, Paris, 1890.
- Demelin. — Paris, 1888.
- Ducasse. — Conception, grossesse et accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus. Paris, 1889.
- Dumoret. — Hystéropexie pour prolapsus utérin. Paris, 1890.
- Edebohls. — *Cent. f. gyn.*, 1894, S. 589.
- Flaischlen. — Zur ventrofixatio uteri. *Zeit. f. Geb und Gyn.*, Bd. XXII.
- Fraipont. — *Archives de tocol.*, juillet 1890.
- Frommel. — *Zeitsc. f. geb. u. gyn.* Bd. XXVIII. S. 299-300.
- Gottschalk. — *Cent. f. gyn.*, n° 8, 1891.
- Goubaroff. — *Semaine méd.*, 1895, n° 29. Dystocie après hystéropexie.
- Gouilloud. — *Province médicale*, 1895, n° 10.
- Von Guérard. — *Cent. f. gyn.*, n° 20, 1896.
- Heydenreich. — *Semaine méd.*, 1890, p. 82 et 237.
- Jacobs. — *Bulletin et mém. de la Soc. obst. et Gyn. de Paris*, décembre 1890.
- Klotz. — *Cent f. gyn.*, 24 janvier 1891.

Labusquière. — Hystéropexie et grossesse. *Annales de gyn.*, 1891.

Lamort. — Influence comparée du raccourcissement des lig. ronds et de l'hystéropexie au point de vue obstétrical. Bordeaux, 1894.

Léon. — Résultats éloignés de l'hystéropexie sur les grossesses.

Léopold. — *Cent. f. gyn.*, n° 16, 1891.

Lœhlein. — *Deutsch medic. Woch.*, 1894, S. 241.

Mackenrodt. — *Cent. f. gyn.*, 1896, n° 49.

Manrique. — Etude sur l'opération d'Alexander, Paris, 1886.

Milænder. — Ventrofixatio und Schwangerschaft. *Zeits. f. geb. u. gyn.*

Nisot. — Prolapsus vaginal post. Bruxelles, 1892.

Olshausen. — *Zeitz. f. geb. u. gyn.* Bd XX.

Ibid. ibid. Bd XXXII.

Ibid. . — *Cent. f. gyn.*, 1886, p. 698.

Otto Engstrom. — De la ventrofixation de l'utérus prolabé, 1892. *Annales de gyn.*

Rivière. — Hystéropexie et raccourcissement de lig. ronds, au point de vue obstétrical. Octobre 1892. *Archives de tocol. et de gyn.*

Sænger. — Uber Schwangerschaft nach conservativer ventrofixation uteri. *Cent. f. gyn.*, 1891. p. 305. — Ibid., 1891, page 881.

Sperling. — *Deutsche m. Wach.*, 1891, p. 179.

Strassmann. — *Cent. f. gyn.*.. juin et octobre 1895.

Terrillon. — Rétroflexion de l'utérus. *Bulletin général de thérapeutique*, 1892.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
CHAP. I ^{er} . — Historique.....	5
CHAP. II. — La conception est-elle possible après l'hystéropexie	11
CHAP. — III. — La grossesse et l'accouchement peuvent-ils évoluer normalement après l'hystéropexie.....	12
CHAP. IV. — Accidents survenant après l'hystéropexie :	
1 ^o Pendant la grossesse.....	56
2 ^o Pendant le travail.....	62
3 ^o A la délivrance.....	69
CHAP. V. — Parallèle obstétrical entre l'opération d'Alexander, sa vaginofixation et l'hystéropexie	75
CHAP. VI — Traitement	95

